

Universidade Aberta do SUS – UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos na Estratégia de
Saúde da Família Mutirão, Esperantina/PI**

Juan Carlos Rojas Fernández

Pelotas, 2015

Juan Carlos Rojas Fernández

**Melhoria da atenção à saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos na Estratégia de
Saúde da Família Mutirão, Esperantina/PI**

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

Orientador (a): Francieli Cristina Sponchiado

Pelotas, 2015

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

F362m Fernández, Juan Carlos Rojas

Melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensos E/Ou Diabéticos na Estratégia de Saúde da Família Mutirão, Esperantina/Pi. / Juan Carlos Rojas Fernández; Francieli Cristina Sponchiado, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

108 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. Sponchiado, Francieli Cristina, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

A minha família, a meu país, a meus colegas, a meus professores.

Agradecimentos

Agradeço poder chegar a defender este trabalho ao empenho de minha tutora Francieli Cristina Sponchiado, a meus colegas médicos cubanos do Programa Mais Médicos para o Brasil, a todos os integrantes da equipe da Estratégia de Saúde da Família da UBS Mutirão, a minha família e aos professores da Universidade Federal de Pelotas, muito obrigado.

Resumo

FERNANDÉZ, Juan Carlos Rojas. **Melhoria da atenção à saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos na Estratégia de Saúde da Família Mutirão, Esperantina/PI.** 109 f. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o diabetes mellitus (DM) são as doenças crônicas que mais atingem a população brasileira, sendo responsáveis pela principal causa de mortalidade e hospitalizações na população, estando associadas a 62,1% dos diagnósticos primários de insuficiência renais crônicos submetidos a diálises no Brasil. Com base nisto, este trabalho de intervenção que apresentamos teve como objetivo melhorar a atenção aos portadores de HAS e DM na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Mutirão, município de Esperantina/PI realizado de forma consecutiva em 12 semanas, iniciada no dia 06 de abril e finalizada no dia 25 de junho do ano de 2015. Foi desenvolvida com os hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde (UBS). Para guiar o cuidado foi adotado o protocolo de HAS e DM do Ministério da Saúde, 2013. Teve como objetivos específicos ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a qualidade do atendimento destes usuários, melhorar a adesão ao programa, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde. Foi possível cadastrar 192 hipertensos na UBS, chegando a uma cobertura de 52,3%, bem como cadastrar e avaliar 69 diabéticos atingindo uma cobertura de 72,6%. A totalidade dos usuários com estas doenças cadastrados tiveram seu exame clínico e complementar em dia ao final da intervenção. Destes, a grande maioria teve garantida a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular. Todos foram avaliados em sua necessidade de tratamento odontológico, 100% dos faltosos foram resgatados, tiveram seus registros adequados, foram avaliados quanto ao risco cardiovascular e orientados sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e a higiene bucal. Quanto à importância da intervenção para a comunidade, estes usuários demonstraram satisfação com os atendimentos oferecidos, foi possível melhorar a comunicação da equipe com a comunidade, suas instituições e seus líderes, o que foi uma ferramenta fundamental para alcançar os objetivos. A importância para o serviço foi que o projeto permitiu estabelecer uma organização no acolhimento e atendimento clínico destes usuários baseado no programa do Ministério de Saúde, com melhoras no planejamento, na organização, monitoramento e avaliação, sendo possível uma melhoria muito grande da qualidade da assistência médica e multidisciplinar prestada. Além de que com este trabalho a equipe saiu fortalecida com uma melhor capacitação e com mais motivação para trabalho que terá continuidade na unidade.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	67
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao usuário com DM na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	68
Figura 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	69
Figura 4	Proporção de DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	69
Figura 5	Proporção de HAS com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	70
Figura 6	Proporção de DM com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	71
Figura 7	Proporção de HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	72
Figura 8	Proporção de DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	73
Figura 9	Proporções de HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	74
Figura 10	Proporções com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	74
Figura 11	Proporção de HAS faltosos as consultas com busca ativa na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	75

Figura12	Proporção de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	77
Figura 13	Proporção de Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	77
Figura 14	Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	78
Figura 15	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	79
Figura 16	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	80
Figura 17	Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	80
Figura 18	Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	81
Figura 19	Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	82
Figura 20	Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	83
Figura 21	Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	83
Figura 22	Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	84
Figura 23	Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.	85

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASB	Auxiliar de Saúde Bucal
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS	Centro de Apoio a Saúde Psicológica
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PBF	Programa Bolsa Família
PI	Piauí
SAMU	Sistema de Atendimento Médico de Urgência
SISPRENATAL	Sistema de Informação de pré-natal e nascimento
SISVAN	Sistema de Informação de vigilância alimentar e nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão do Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

1	Análise Situacional	12
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	14
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	24
2	Análise Estratégica	26
2.1	Justificativa.....	26
2.2	Objetivos e metas.....	28
2.2.1	Objetivo geral	28
2.2.2	Objetivos específicos e metas.....	28
2.3	Metodologia.....	30
2.3.1	Detalhamento das ações.....	30
2.3.2	Indicadores.....	30
2.3.3	Logística	47
3	Relatório da Intervenção.....	59
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	59
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	63
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	64
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	64
4	Avaliação da intervenção.....	66
4.1	Resultados	66
4.2	Discussão.....	66
5	Relatório da intervenção para gestores	90
6	Relatório da Intervenção para a comunidade	94
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	98
	Referências	101
	Anexos	104

Apresentação

Este volume trata do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade Ensino à Distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (SUS) em parceria com a Universidade Federal de Pelotas UNASUS/UFPEL, como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. O trabalho foi constituído por uma intervenção que teve como objetivo geral, a melhoria da atenção a portadores de HAS e DM na Estratégia de Saúde da Família Mutirão, município de Esperantina/PI.

O volume está organizado em sete capítulos: No capítulo 1, Análise Situacional apresenta o texto escrito na unidade 1 do curso, na qual foi abordada a situação do serviço de saúde, foi realizado o reconhecimento do território através da estrutura, processo e resultados, que possibilitou a realização do diagnóstico situacional da UBS. No capítulo 2, composto pela Análise Estratégica, teve como objetivo elaborar um projeto de intervenção, conforme os problemas detectados nas ações programáticas, permitindo a definição do foco de intervenção, baseando como princípios fundamentais no protocolo de HAS e DM do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) e o Manual Técnico de HAS e DM do Ministério da Saúde (2013).

O capítulo 3, a Avaliação da intervenção, refere-se ao relatório de intervenção realizado, que contempla todas as ações previstas e desenvolvidas no período de 12 semanas, iniciada no dia 06 de abril e finalizada no dia 25 de junho do ano de 2015. A coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação da intervenção na rotina do serviço, assim como, o panorama da prática da intervenção na unidade foi descrito.

O capítulo 4, a Avaliação dos resultados da intervenção, além da discussão e os capítulos 5 e 6 apresentam o relatório da intervenção para a comunidade e

gestores do município. No capítulo 7, na reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem: abordaram-se os principais aspectos sobre o processo de aprendizagem e reflexão sobre o curso. Finalizando o volume, estão as referências, os apêndices e anexos utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Desde o início do meu trabalho no Programa Mais Médicos para o Brasil me lotaram na UBS Mutirão no município Esperantina no estado de Piauí.

A UBS de Mutirão não foi construída para acolher uma unidade de saúde, ela é uma casa adaptada para esse fim, pertence à prefeitura municipal e funciona desde o ano 2000. O atendimento é feito pela equipe de segunda à sexta-feira, se oferece ações de promoção, prevenção, atenção médica e reabilitação. Conta com uma área de abrangência bem definida, sendo considerada como uma população urbana de 2371 habitantes. Possui na área de abrangência uma área de periferia que pode ser considerada rural.

A população não está totalmente cadastrada, e as causas são muitas. A mais importante é a mudança de famílias e a presença de novos assentamentos populacionais. Dispomos de um mapa da área de abrangência, bem pequeno, semelhante a uma folha A 4.

Recebemos apoio da equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com profissionais de Assistência Social, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Fonoaudiologista, Nutricionista, Psicóloga e Educador Físico que nos auxiliam nas atividades de promoção da alimentação saudável, promoção de atividades físicas, reabilitação da saúde da pessoa idosa, saúde mental e assistência social.

A estrutura física da UBS é muito precária, não dispomos de um ambiente específico para recepção e arquivo de prontuários, os mesmos ficam num arquivo no mesmo espaço para receber aos usuários. A sala de espera só tem condições para

acolher umas oito pessoas sentadas, têm pouca ventilação e iluminação, não temos sala de reuniões nem almoxarifado.

A UBS conta com dois consultórios, um para o médico e outro para a enfermeira onde se fazem as citologias vaginais e consulta de enfermagem, nem um deles tem banheiro para os profissionais que trabalham na UBS e uma pequena sala de vacina, a única com ar condicionado do prédio, mede quatro metros quadrados. A sala de curativo é também a sala de nebulização, a equipe odontológica fica em outra UBS a dois km de distância da UBS. Não conta com: banheiro para deficiente, para funcionários, copa, depósito para material de limpeza, sala de recepção, lavagem e descontaminação de material, sala de esterilização e estocagem de material, abrigo para resíduos sólidos, depósito de lixo não contaminado nem sala para Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Os pisos não são de superfície antiderrapante, não existe sala para coleta de material para análise clínica, as portas e as janelas não são de material lavável, os puxadores das portas não são de maçaneta de alavanca, o lixo não contaminado é recolhido uma vez por semana e não são separados lixos orgânicos e recicláveis. As áreas físicas da UBS não concordam com a padronização do Ministério da Saúde, pois não existe um sistema de manutenção permanente, nem um sistema de reposição de mobiliário e equipamentos, o prédio não é adequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiências, não temos cadeiras de rodas para usuários com estas necessidades.

Como se pode observar a condição da estrutura física desta UBS é muito precária para usuários e funcionários, e essas condições atrapalham o trabalho da equipe. Para colocar só um exemplo, as reuniões da equipe têm que ser feitas na área destinada para a recepção dos usuários. Violam-se muitas normativas pela precariedade da estrutura, sendo que o lixo não contaminado não é bem armazenado e a coleta é feita só uma vez por semana.

As condições para o acolhimento do usuário, a coleta de amostras e as consultas não são boas, o que gera insatisfações. Existe perigo de contaminação por doenças transmissíveis para usuários e funcionários.

Tudo o que foi descrito até agora faz com que a equipe trabalhe em condições muito difíceis que influenciam negativamente em todas as áreas de trabalho. O atendimento dos usuários com HAS e DM apresenta muitos problemas. Não existe um acolhimento adequado, o registro é feito em prontuários sem um

registro definido pelas normas do Ministério da Saúde, os usuários tem seu exame clínico e os exames complementares incompletos, poucos deles tem avaliados os riscos cardiovasculares, não existe um adequado seguimento de sua saúde bucal e existem muitos faltosos as consultas agendadas. Outro problema identificado está relacionado com as poucas atividades de promoção e prevenção a saúde com este grupo.

A equipe não realiza o controle e acompanhamento das ações do programa e não se tem um vínculo certo com a comunidade para dar solução a muitos dos problemas identificados. Não estão estabelecidas as parcerias adequadas com outros setores que não são saúde para apoiar a solução dos problemas.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Esperantina está situado na região norte do estado de Piauí, possui uma área de 911.213 km² e uma população de 37.728 habitantes de acordo aos dados oficiais do último censo realizado no ano 2010 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). A densidade populacional é de 41,4 hab. por km²; predomina o clima tropical megatérmico e subúmido, um dos mais quentes do Brasil. O município praticamente se equipara na distribuição de pessoas do sexo masculino e feminino sendo que desta população, 23.156 (61,32%) pessoas residem na área urbana e 14.608 (38,68%) residem na área rural. No município existe uma rede de atendimento básico com 16 Equipes de Saúde da Família, um hospital regional que é referência para assistência médica a vários municípios, uma maternidade que não funciona como tal por falta de profissionais, um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS), um Centro de Atendimento Psicossocial(CAPS), um Núcleo de Apoio a Saúde Familiar (NASF), e um Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS).

O município também dispõe de uma Unidade de Tratamento de Fisioterapia e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). Todas as unidades descritas anteriormente pertencem ao SUS. Existem outras unidades de saúde como clínicas, farmácias e unidades de diagnóstico laboratoriais particulares que se integram ao sistema de saúde municipal. No município são realizados todos os exames complementares básicos pelo SUS. O atendimento especializado é precário, a

maioria das especialidades só pode ser consultada em Teresina, a capital do estado distante mais de 100 km. As especialidades que tem maior acessibilidade são Ginecologia, Psiquiatria, Ortopedia e Cirurgia Geral.

A UBS Mutirão está situada na zona urbana, no entanto, atende uma população que mora em áreas da periferia da cidade com características de zona rural, já que esta população não possui água encanada, esgoto e outras características de uma zona urbana. A unidade funciona numa casa adaptada para aquele fim, e esse fato faz com que a estrutura não responda as necessidades da equipe e não oferece as condições necessárias para uma atenção de boa qualidade. O modelo é de uma Equipe de ESF, está formada por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais, três guardas que desempenham a função de vigia e seis ACS. Possui também uma equipe odontológica composta por um dentista e uma auxiliar de Saúde Bucal (ASB), estes também ofertam o cuidado em outra UBS distante dois km da nossa UBS. A UBS possui vínculo com instituições de ensino, sendo espaço de estágios para o curso de enfermagem da Universidade Estadual de Piauí.

A estrutura física da UBS é muito precária, as principais dificuldades enfrentadas é que não dispomos de ambientes específicos para recepção e arquivo de prontuários, os mesmos ficam num arquivo no mesmo espaço para receber aos usuários. Existem problemas de iluminação, ventilação e faltam as salas de reuniões e almoxarifado. A UBS conta com uma recepção, duas salas de consultas, um banheiro para usuários e outro para funcionários, uma sala de estar, sala de vacinas e de curativos. A equipe odontológica fica em outra UBS a dois km de distância da UBS. Os materiais com que foram construídos os pisos e as paredes, não têm as condições adequadas, as áreas físicas da UBS não contemplam o preconizado pelo Ministério da Saúde para as UBS. O prédio também não é adequado para o acesso de pessoas portadoras de deficiências. Em relação aos equipamentos e instrumentais existe uma total falta de cobertura das necessidades, com equipamentos obsoletos que não são calibrados adequadamente e existe a carência de muitos medicamentos e insumos, básicos em UBS. Como se pode observar a condição da estrutura física desta UBS é muito precária para usuários e funcionários. Essas condições atrapalham o trabalho da equipe, pois violam muitas normativas epidemiológicas pela precariedade da estrutura. Isto faz com que as ações de saúde não tenham a qualidade necessária, a resolutividade diminui e se

incrementa a insatisfação da população com os serviços prestados. Visando suprir estas carências está sendo elaborado pela equipe um relatório que contenha todos estes aspectos para ser encaminhado ao Conselho Municipal de Saúde, visando diminuir o impacto na saúde da população que atendemos. A equipe vem estabelecendo parcerias com outros setores para a solução de alguns dos problemas aqui citados, por exemplo, o acesso a internet e a possível impressão dos protocolos assistenciais em outros setores da prefeitura, já que estes instrumentos são essenciais para a organização do cuidado. Com relação as barreiras arquitetônicas, a equipe vem incrementando a sinalização na UBS a fim de permitir acesso aos portadores de deficiências.

No que tange as atribuições da equipe, é possível afirmar que todos os grupos populacionais são contemplados com algum tipo de atendimento, além de que a equipe realiza o planejamento das ações a serem desenvolvidas, bem como, o monitoramento e a avaliação das ações que realiza, visando à readequação do processo de trabalho ante as necessidades de saúde da população e a realidade dos recursos materiais e humanos que a UBS dispõe para desenvolver o trabalho em saúde. A participação dos usuários no controle da saúde e em sua avaliação ainda é irreal, faz-se necessário trabalhar muito a educação sanitária, visando construir espaços que promovam a participação efetiva e consciente da população para a co-responsabilização de sua saúde.

Na UBS, ainda não é prioritário o trabalho de promoção e prevenção de saúde. Atendemos uma população com uma cultura do atendimento centrado no médico e na cura de doenças, pouca é a sensibilização para a importância das atividades preventivas. A busca ativa acontece, mas não é efetiva e a UBS não dispõe de uma investigação prévia dos indicadores de saúde de sua população. De uma forma geral cada membro da equipe cumpre com suas funções, mas faz-se necessário algumas melhorias. Algumas alternativas visam ampliar as atribuições da equipe, como é o caso de realizar ações educativas junto aos profissionais a fim de melhorar a capacidade da equipe para reconhecer e modificar situação de saúde da população de acordo com as políticas que se preconizam na atenção primária da saúde. Procuramos também aprimorar a realização de investigações que definam os determinantes e condicionantes da saúde da população, intensificar as ações de sensibilização junto à comunidade para a importância das atividades preventivas, com enfoque na co-responsabilização pelo cuidado, estabelecer um sistema de

informação para a população e a Secretaria da Saúde sobre os principais problemas de infraestrutura que afetam o desenvolvimento do trabalho da equipe e impedem os profissionais de desempenharem suas atribuições.

A equipe atende atualmente uma população de 2.371 pessoas, distribuídas em 1.223 mulheres e 1.148 homens. A equipe é adequada para atender o número de população de acordo os padrões do Ministério da Saúde e a Estrutura da UBS. Atualmente a UBS dispõe de dados atualizados no que tange o cadastramento da população, mas enfrenta dificuldades em manter estes dados atualizados pelo fato de que muitas pessoas migram ou se mudam da área sem aviso prévio e isto muitas vezes dificulta o cadastramento. Mesmo assim é possível evidenciar que a população tem uma tendência muito marcada ao envelhecimento o que indica uma mudança progressiva dos padrões de morbidade e mortalidade com predomínio de doenças crônicas como DM, HAS e câncer. Também é possível evidenciar um aumento progressivo de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em virtude do número elevado de mulheres e homens em idade sexualmente ativas, assim como de acidentes de trânsito.

Na UBS não existe um local apropriado para o acolhimento dos usuários, o mesmo se faz numa área pequena que serve de recepção e local para o arquivo das fichas de atendimento. Não existe uma equipe de acolhimento, o mesmo é feito por todos os integrantes da equipe de saúde da família. Na maioria das vezes o acolhimento é feito pela auxiliar de enfermagem, mais sempre que possíveis todos da equipe (o médico, a enfermeira e os agentes comunitários de saúde) participam deste processo. Não menciono o dentista e a ASB pois o atendimento odontológico é feito em outra UBS.

O acolhimento é realizado todos os dias da semana e em todos os turnos de trabalho. Todas as pessoas que buscam o serviço têm suas queixas ouvidas. O tempo disponibilizado para isto é de mais ou menos 15 minutos. Neste momento já é realizado a classificação de risco e a vulnerabilidade social, permitindo que os usuários com maior prioridade de atendimento (doenças graves e sintomas agudos) tenham preferência no cuidado e suas demandas satisfeitas. Este cuidado é ofertado na UBS e quando necessário o usuário é encaminhadas para outro nível de atendimento a fim de dar resolutividade ao caso. Com relação a demanda, geralmente os usuários solicitam atendimento com a enfermeira e a mesma oferece consultas planejadas e de atendimento a demanda espontânea. Existe um aumento

da demanda espontânea da própria população de abrangência da UBS e de outras populações que ficam aos arredores e que muitas vezes procuram o serviço para receber o atendimento.

A equipe lida com o excesso de demanda encaminhando o usuário quando a resolutividade da UBS não é suficiente para resolver o seu problema. Outra forma é agendando a consulta para outro dia, quando o problema não é prioritário, ou seja, não foi classificado como urgência ou emergência médica. Nos casos em que o atendimento se faz prioritário, o usuário não precisa esperar mais que 10 minutos para ter suas queixas atendidas e sempre que possíveis solucionadas. O atendimento odontológico da população de abrangência é feito em outra UBS, esse fato faz com que a população não demande os serviços odontológicos como deveria ser.

A demanda para o serviço de próteses dentaria é grande, mas a UBS não possui convênios com o SUS para esta especialidade. Também não se oferece o serviço de outras especialidades para tratamento de canal, periodontal ou cirurgia. Outra dificuldade é a falta de recursos para o acolhimento e a solução dos principais problemas de urgência médica que se apresentam na UBS, desde a própria estrutura, até medicamentos como injetáveis, luvas esterilizadas e outros que poderiam solucionar muitos problemas e diminuir o tempo entre o acolhimento e a solução do problema do usuário. As principais ações possíveis que visam amenizar estas dificuldades seriam a garantia de recursos para enfrentar as urgências e emergências médicas estabelecendo os protocolos de atuação e a discussão com outros níveis para o atendimento com qualidade dos usuários referenciados.

Com relação a saúde da criança, atualmente a UBS possui 320 crianças na faixa etária de 0 a 72 meses. Destas, 39 são menores de um ano, 19 do sexo masculino e 20 do sexo feminino. A equipe disponibiliza uma manhã por semana para realizar as consultas de puericultura, mas todas as crianças que procuram o serviço nos demais dias são acolhidas pela equipe. O atendimento de puericultura contempla as crianças da que faixa etária até 12 meses. Os profissionais que participam deste cuidado é a enfermeira e o médico, também participam os ACS e técnicos de enfermagem. São desenvolvidas todas as atividades preconizadas pelo ministério de saúde para este tipo de atendimento. A maior dificuldade está no atendimento odontológico das crianças, tendo em conta que a UBS não dispõe deste atendimento, dificultando a realização de ações de promoção e prevenção e o

próprio atendimento odontológico. Os profissionais utilizam a caderneta da criança nos atendimentos, e em cada consulta é realizado o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento por meio da pesagem e medição. Também é desenvolvida a sensibilização para a importância da saúde da criança para pais e/ou responsáveis. Visando este cuidado a UBS também dispõe do Programa Bolsa Família (PBF), Sistema Informação em Saúde Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e o programa Saúde de Ferro para a prevenção da anemia por déficit de ferro em crianças. Possui um grupo de puericultura, onde pais e/ou responsáveis podem estar conversando sobre assuntos referentes ao crescimento e desenvolvimento saudável, no entanto a adesão é baixa. Estes grupos são desenvolvidos na própria UBS e envolve a participação de todos os profissionais.

Considera-se como ações estratégicas melhorar o sistema de arquivos para o programa de Saúde da Criança, possibilitando o registro e a avaliação dos dados e conseqüentemente melhor planejamento das ações a serem desenvolvidas, encaminhar um relatório para o Conselho Municipal de Saúde esclarecendo sobre a necessidade de ter o atendimento odontológico na UBS, assim como trabalhar a sensibilização junto aos pais e/ou responsáveis para a importância de participarem das ações ofertadas no programa em especial nos grupos de puericultura. Outras medidas a serem tomadas é elencar os profissionais que serão responsáveis pelo planejamento, gestão e coordenação do programa de puericultura, bem como formar um grupo de discussões para a avaliação e controle do programa de Puericultura.

No programa de Pré-Natal e Puerpério, a UBS dispõe atualmente de 32 gestantes cadastradas e acompanhadas, este dado corresponde com a população da área, tendo em conta que 1,5% de 2.371 pessoas residentes na área correspondem a uma média de 35,5 gestantes estimadas. O atendimento pré-natal é uma prioridade na UBS, considerando a importância deste cuidado para a mãe e o bebê e também como indicador da qualidade da saúde que se oferece. O atendimento pré-natal é feito em um só turno de trabalho, mas não há restrição de atendimento em outros turnos, pois quando alguma gestante precisa ser atendida em outro horário ou dia ela é acolhida e atendida sua demanda. O atendimento é realizado pela enfermeira, pelo médico e pelos outros profissionais da equipe, também participa a nutricionista, odontólogo, psicólogo, e outros conforme necessidade. Toda gestante tem uma ficha ou prontuário clínico e seu formulário especial de pré-natal, ficha de atendimento odontológico e nutricional e ficha espelho

de vacina. Não existe um arquivo específico para o registro dos atendimentos das gestantes. Todos os profissionais utilizam o cartão de pré-natal nos atendimentos, é registrada todas as atividades de promoção, prevenção e atenção médicas preconizadas pelo ministério da saúde. Todas as gestantes cadastradas e acompanhadas no programa da UBS são cadastradas no SISPRENATAL, a responsável pelo cadastro e envio a secretaria de saúde é a enfermeira e o médico da equipe.

A equipe desenvolve um grupo de gestante com periodicidade semanal. As atividades abordadas no grupo são desenvolvidas pelos profissionais, no entanto a participação nesta ação é pequena por parte das gestantes, faz-se necessário trabalhar melhor a sensibilização destas para a importância de participarem. Na UBS só o médico e a enfermeira participam do planejamento, gestão e coordenação do atendimento pré-natal, e realizam uma reunião mensal. Faz-se necessário trabalhar o engajamento da equipe no planejamento, avaliação e monitoramento do programa, batalhar por melhorias na organização da UBS e processo de trabalho, sendo uma das principais possibilidades a adoção de um protocolo para guiar este cuidado.

O câncer de colo de útero e de mamas representam um problema de saúde no mundo e no Brasil, e portanto este cuidado possui olhar diferenciado pelos profissionais da equipe. A UBS dispõe de atendimento as mulheres, e em todas as consultas é orientado sobre a importância de se realizar o exame de colo de útero e avaliação de mamas, mais muitas delas são resistentes e nem sempre realizam este acompanhamento. A coleta do exame de prevenção de câncer de colo de útero é realizada pela enfermeira, geralmente o exame é agendado, mas também são acolhidas as mulheres que buscam o serviço por livre demanda. Na UBS Mutirão não existe protocolo de prevenção de câncer de colo de útero e de mama. Os atendimentos realizados as mulheres são registrados no prontuário clinico, não existe ficha nem um arquivo específico para o programa.

Geralmente os profissionais da equipe orientam as mulheres sobre a importância do uso do preservativo durante as relações sexuais. Com relação a prevenção do câncer de mama está relacionado a realização da mamografia das mulheres que dela necessitam, já que este exame não é garantido pelo SUS no município. Somente tem acesso ao exame as mulheres que tem condições financeiras para custear, as demais não realizam. Isto faz com que exista um

número elevado de mulheres com mamografia atrasada, ainda não é suficiente o número de mulheres com avaliação dos riscos de câncer de mamas. Existe na UBS um grupo de mulheres, mas a adesão é pequena e poucos são os profissionais que participam nas atividades do grupo, geralmente a enfermeira e o médico.

Não existe na UBS profissionais responsáveis pelo planejamento, monitoramento e avaliação do programa. Consideram-se muitos aspectos que podem estar sendo melhorados, sendo um deles a adoção de um protocolo para guiar o cuidado e fichas específicas para este registro. Além disto, há necessidade de intensificar as atividades preventivas na comunidade e também nas escolas a fim de propiciar aos adolescentes o conhecimento das DSTs e métodos de proteção, identificação e tratamento, além de intensificar o trabalho de sensibilização na comunidade para o uso de preservativos, assim como as medidas para a prevenção e tratamento das DST e sensibilização das mulheres para a importância do seguimento do cuidado quando o exame der alterado.

No que tange as estratégias para seguimento do acompanhamento das mulheres com exame alterado é trabalhado na equipe a importância da busca ativa, onde os ACS têm um protagonismo fundamental na procura e a informação sobre aquelas mulheres que não realizam o exame. Outra medida importante é levar o problema da realização da mamografia ao Conselho Municipal de Saúde para estabelecer medidas que possam garantir o acesso das mulheres ao exame assim como elencar profissionais responsáveis pelo planejamento, avaliação e monitoramento das ações no programa.

Com relação ao Programa de HAS e DM a UBS dispõe de um dia para realizar as consultas programadas para estes usuários, mas o atendimento a demanda espontânea se faz todos os dias. O atendimento é feito pela equipe, com participação do médico, da enfermeira, do educador físico, da nutricionista, psicólogo, odontólogo e as técnicas de enfermagem. A UBS não dispõe de um protocolo para guiar o atendimento dos usuários portadores destas patologias. A cobertura ainda não abrange a totalidade dos usuários. Existe uma prevalência oculta que necessita ser diagnosticada e possa então receber o cuidado. No que tange a qualidade do programa, o mais afetado é o atendimento de saúde bucal já que a UBS não dispõe deste cuidado. Também precisa ser trabalhada a agilidade na estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. Geralmente o programa abrange usuários com outras doenças ou fatores de risco associados, como

alcoolismo, tabagismo, obesidade, sedentarismo, problemas clínicos associados, psicológicos ou psiquiátricos. Os usuários que necessitam são encaminhados para outras especialidades a fim de possibilitar o diagnóstico de possíveis complicações, e quando necessários são referenciados para o hospital municipal.

Os atendimentos são registrados no prontuário e em outros como a caderneta de usuários com HAS e DM. Na UBS existe o programa HIPERDIA do Ministério da saúde e a enfermeira é responsável pelo cadastramento e envio dos dados a Secretaria Municipal de Saúde. A ênfase da educação em saúde para este grupo tem enfoque na importância de adquirirem hábitos saudáveis, a prática regular de exercícios físicos assim como os malefícios do consumo de álcool e o tabagismo. A UBS dispõe de um grupo de portadores de HAS e DM, mas a adesão é pequena. Nem todos os profissionais participam das atividades de grupo, apenas o médico, a enfermeira, a técnica de enfermagem e o educador físico. Não existe na UBS uma equipe responsável pelo planejamento, avaliação e monitoramento das ações ofertadas no programa. As medidas que visam suprir estas carências seriam adoção de um protocolo e fichas de registro específicas para este cuidado, envolver toda a equipe no planejamento, avaliação e monitoramento das ações no programa, assim como estabelecer as estratégias corretas para a estratificação de risco cardiovascular de todos os usuários diagnosticados com HAS e DM, assim como intensificar as ações de promoção e prevenção em relação aos riscos para desenvolver ambas as doenças. Atualmente a equipe tem cadastrado um total de 367 usuários portadores de HAS e 95 de DM, ou seja, uma cobertura de 77 % para HAS e 70 % para DM segundo o Caderno de Ações Programáticas.

A estimativa do Caderno de ações programáticas é de 252 usuários com mais de 60 anos de idade, e na UBS temos cadastrados 239 idosos para uma cobertura de 95%. Considera-se que a cobertura é boa, mesmo sabendo que existam usuários desta faixa etária que precisam ser buscados pela equipe a fim de contemplar 100% de cobertura. Na UBS é realizado atendimento à saúde do idoso, para isto é disponibilizado um turno de trabalho por semana. No entanto todo o idoso que procurar a UBS por livre demanda tem suas queixas atendidas pela equipe. A maioria dos profissionais da equipe participa deste cuidado. A UBS oferece atendimento contínuo e de boa qualidade, de forma planejada e atende à demanda espontânea. No entanto precisa ser melhorada a estratificação de risco para morbimortalidade, já que dos idosos cadastrados e acompanhados na UBS apenas

65% receberam esta avaliação. Também não se atinge um percentual adequado de idosos investigados em os riscos de fragilidade na velhice, e isto precisa ser melhorado.

Mas, o indicador de maior necessidade de melhorias é o relacionado a saúde bucal, pois apenas 34% participaram de alguma ação com o dentista. Talvez isto possa ser justificado pelo fato de o dentista atuar em outra UBS, e desta forma os usuários da UBS precisam ser referenciados para receberem o cuidado lá e isto dificulta o acesso. No entanto esta dificuldade já foi repassada para o gestor que se comprometeu em buscar melhorias. Na UBS não existe protocolo de atendimento para pessoas idosas em nossa UBS, mesmo assim as ações desenvolvidas contemplam em parte o preconizado pelo Ministério da Saúde. A UBS não dispõe de um arquivo especial para o registro dos atendimentos aos idosos.

Não é realizada avaliação da totalidade dos idosos em sua capacidade funcional global. A equipe precisa incrementar a educação dos familiares destes usuários para identificação dos riscos relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência. Atualmente vem sendo desenvolvido um grupo para idosos, no entanto poucos participam desta atividade. Precisamos trabalhar a sensibilização dos idosos para a importância de participarem destas ações, bem como da importância destes espaços para a promoção da saúde e qualidade de vida. Na UBS não existe um grupo de profissionais que se dedique à avaliação e monitoramento do programa de atenção ao idoso. Desta forma, algumas possibilidades de melhorias seriam, engajar a equipe neste processo, adotar um protocolo específico para guiar este cuidado, fichas de registros específicas, bem como trabalhar a sensibilização da equipe e comunidade para a importância do cuidado ofertado ao idoso.

Para finalizar, destaco que durante esta trajetória, muitos foram os desafios que se apresentaram, dentre os quais destaco o desafio de poder incrementar a educação sanitária para uma população que tem padrões de conduta arraigadas no tempo, onde o elemento curativo é mais importante que a prevenção de saúde. Poder levar a nossa população de abrangência as ações de promoção e prevenção necessárias para que não adoecem, incrementar a qualidade dos atendimentos que realizamos, melhorar a estrutura da UBS, que responda as necessidades dos usuários e servidores, trazer o atendimento odontológico para o prédio da UBS a fim de melhorar a acessibilidade, envolver toda a comunidade e os outros setores que

não são saúde na solução dos problemas identificados, realizar investigações epidemiológicas para conhecer com maior profundidade as causas dos problemas de saúde e sua solução e por fim, melhorar o conhecimento a respeito dos programas de saúde com base nos protocolos assistências para toda a equipe. Mas diante de tudo isto, vejo que os melhores recursos que temos são as pessoas comprometidas com a saúde da população, pois toda a equipe mesmo com tantas dificuldades estruturais e de recursos tem a vontade de resolver os problemas.

Com relação ao Caderno de Ações Programáticas, considero esta ferramenta muito útil, me surpreendi com os resultados avaliados, em especial com o programa de pré-natal por apresentar uma baixa cobertura de gestantes com atendimento odontológico concluído, também o número de mulheres que ainda não tem realizada o exame do colo do útero, o baixo porcentual de mulheres com avaliação de risco para o câncer de mamas e o baixo porcentual de usuários com HAS que tem estratificado o risco cardiovascular por critério clínico.

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

No início da especialização realizamos uma avaliação da situação da ESF no serviço, e aquela avaliação foi uma ideia inicial que foi enriquecida com um estudo mais profundo de cada um dos programas fundamentais que existem na Atenção Primária à Saúde (APS). Considero que a avaliação inicial é correta, mas os problemas e desafios são muito maiores do que havia identificado de início. Mas algo que identifiquei em ambos os textos é que mesmo diante de tantas dificuldades, tanto antes como agora, existe nos profissionais da equipe a disposição em estar resolvendo as dificuldades com cientificidade e muita boa vontade.

A situação inicial que eu encontrei quando iniciei o trabalho na UBS Mutirão e a Análise Situacional feita para a intervenção, apresenta à mesma situação: os problemas de estrutura não tiveram nem uma modificação, e na medida em que fomos trabalhando com a equipe foram modificando-se algumas coisas relativas à organização, planejamento, avaliação e controle do trabalho da ESF de acordo as normativas do Ministério da Saúde para a Atenção Primária.

Resgatamos os Cadernos de Atenção Básica da maioria dos programas de saúde e foram discutidos com toda a equipe para melhorar o cumprimento das

normas, podemos dizer que já melhoraram as parcerias com a comunidade e com outros setores que não são saúde para a solução dos problemas identificados.

O planejamento em curto prazo vai fazer com que se construa uma nova UBS com os padrões exigidos pelo Ministério da Saúde, mais ainda continuam os problemas estruturais identificados.

A equipe teve ao longo do tempo uma modificação positiva de sua preparação técnica e de motivação para realizar o trabalho com mais qualidade e melhores resultados o que foi fator fundamental para alcançar os objetivos propostos na ESF.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS tem sido considerada a mais frequente das doenças cardiovasculares, é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente cerebral vascular, infarto do miocárdio e doença renal crônica. No Brasil, 35% da população de 35 anos e mais é portadora desta doença (BRASIL, 2006). Já o DM configura-se hoje como uma epidemia mundial. No Brasil o DM associada a HAS, são responsáveis pela principal causa de mortalidade e hospitalizações na população, estando associadas a 62,1% dos diagnósticos primários de insuficiência renal crônica submetidos à diálise (BRASIL, 2006). Diante disso, a APS pode ser a primeira barreira no controle destas doenças, principalmente atuando sobre os fatores de risco que as originam.

A UBS Mutirão está situada na zona urbana, funciona em uma casa adaptada para este fim, o modelo é de uma equipe de ESF e é formada por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem, uma auxiliar geral, três guardas e seis ACS. Possui também uma equipe odontológica composta por um dentista e uma ASB, estes também ofertam o cuidado em outra UBS distante dois km da nossa UBS. A equipe atende atualmente uma população de 2.371 pessoas, distribuídas em 1.223 mulheres e 1.148 homens.

Atualmente a equipe tem cadastrado um total de 367 portadores de HAS e 95 de DM, ou seja, uma cobertura de 77% para HAS e 70% para DM segundo o Caderno de Ações Programáticas. A cobertura não abrange a totalidade dos usuários que tem as doenças. Existe uma prevalência oculta que deve ser

identificada para poder realizar o controle efetivo na totalidade da população. Além de que o cuidado não vem sendo ofertado visando a integralidade do cuidado. Os indicadores de qualidade mais afetados são a avaliação da saúde bucal, tendo em conta que o atendimento odontológico não acontece na UBS, mas sim é referenciado para outra UBS. Também está afetada a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, trabalho este que precisa ser desenvolvido com agilidade a fim de prevenir agravos e reduzir danos. Mesmo existindo grupos para o trabalho de promoção e prevenção, o número de usuários que participam é pequeno. Não existe um protocolo específico para guiar o cuidado nem fichas de registros específicas que permitam o planejamento, a avaliação e o monitoramento das ações ofertadas.

Diante disto, justifica-se a realização da intervenção com a população portadora de HAS e DM considerando que a população de uma forma geral está envelhecendo e a prevalência de tais patologias tem sido grande. Isto tem ocasionado muitos atendimentos médicos por intercorrências, bem como constituem fatores de risco para outras doenças como infarto do miocárdio, acidentes vasculares encefálicos e doença renal crônica.

Desta forma pretende-se com esta intervenção atingir 60% dos usuários portadores de HAS e 70% dos usuários portadores de DM no período de quatro meses. Uma das razões de diminuir a cobertura é porque os dados que a equipe obtinha da UBS não representavam a população real que estava sendo acompanhada e outros usuários estavam registrados mas não adequadamente acompanhados. Os motivos que viabilizam a escolha deste foco são em partes de ordem estratégica, pois melhorando a qualidade do cuidado muitos agravos podem ser prevenidos. Outro aspecto que viabiliza é a existência de recursos humanos preparados e motivados para o desenvolvimento deste trabalho aliado a disponibilidade dos recursos materiais mínimos indispensáveis para chegar a um resultado positivo. As principais barreiras estão relacionadas com as limitações do SUS para realizar em tempo hábil os exames de rotina, bem como a avaliação de saúde bucal já que a UBS não dispõe deste serviço.

No entanto, pretende-se ser trabalhada a sensibilização da comunidade para que todos apoiem o trabalho da equipe e participem das ações desenvolvidas, batalhando junto com a equipe em prol das melhorias que se fazem necessárias. Assim, busca-se com este trabalho melhorar a acessibilidade aos serviços de

diagnóstico e de atendimento médico e odontológico, assim como a qualidade dos mesmos, ampliar as coberturas, ofertar um cuidado visando a integralidade, propor a educação em saúde para tais patologias na comunidade, organizar o serviço de modo a priorizar o cuidado aos hipertensos e diabéticos, possível identificação precoce de fatores de riscos associados a morbimortalidade e prevenção destas patologias na comunidade por meio da sensibilização para a prevenção de fatores de riscos e adoção de hábitos saudáveis.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Estratégia de Saúde da Família Mutirão, município de Esperantina/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Metas1: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

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

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo - 4 Melhorar o registro das informações.

Metas 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo - 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes.

2.3 Metodologia

Esta intervenção será desenvolvida com os hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência da unidade. Para guiar o cuidado será adotado o protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013. A intervenção terá a duração de quatro meses.

2.3.1 Detalhamento das ações

Detalhamento das Ações necessárias para o alcance das metas nos quatro eixos:

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

Meta 1 Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial;

Meta 2 Cadastrar 70 % dos pacientes com Diabetes Mellitus que participam do projeto.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus que participam do projeto.

O monitoramento será feito com uma avaliação semanal das fichas dos pacientes que participam do projeto pôr os Agentes Comunitários de Saúde, o médico e a enfermeira da equipe, para isso toda sexta feira a equipe vai ter uma reunião para conferir os resultados da semana. Elaborar uma base de dados com todos os pacientes que participam do projeto para facilitar seu controle.

Organização e gestão do serviço.

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos que participam do projeto.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM que participam do projeto.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e glicômetro na unidade de saúde.

Vamos utilizar uma ficha espelho para cada usuário que participa do projeto, a ficha será preenchida por o médico e a enfermeira da equipe em na consulta inicial de adesão ao projeto. Todo usuário que participa do projeto vai ter sua consulta agendada na ficha que vai portar. O dia de consulta vai ser todas as terças feiras no horário da manhã, as pessoas que participam do acolhimento vão ser preparadas tecnicamente para realizar o acolhimento. Para garantir a calibração dos equipamentos médicos, e enfermeira vai enviar ofício ao Secretário de Saúde sobre as necessidades de equipamentos para garantir as mensurações nos programas e a calibração dos mesmos com uma periodicidade mensal.

Engajamento público.

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Iremos realizar palestras por parte dos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade semanal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como nas reuniões de vizinhos, nas escolas e nas casas dos usuários. Enviar ofício ao gestor pela enfermeira da equipe para a elaboração de folders e cartasses para a educação sanitária da população.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar os ACS nas para o cadastramento de hipertensos e diabéticos que participam do projeto de toda área de abrangência da unidade de saúde, assim como os principais fatores de risco e a clínica das duas doenças.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar à equipe no uso adequado de o glicômetro.

Ministrar por parte do médico e enfermeira da equipe duas sessões de capacitação sobre o tema escolhido ao início da intervenção, para isso serão utilizadas a sala de reuniões, o computador da UBS, quadro, giz, folhas brancas e canetas.

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

Meta 3 Realizar o exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 4 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos que participam do projeto.

Iremos estabelecer o protocolo de boas práticas clínicas assim como avaliar as fichas dos usuários que participam do projeto por parte do médico e da enfermeira da equipe com uma periodicidade semanal.

Organização e gestão do serviço.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos.

O médico vai escrever e discutir com cada membro da equipe no início do projeto, suas atribuições e obrigações na hora de realizar o exame clínico do paciente.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Serão estabelecidas duas horas semanais para a capacitação dos profissionais da equipe no trabalho de acordo com os protocolos. A capacitação será feita pelo médico e a enfermeira da UBS para isso será utilizada a sala de reuniões,

o computador da UBS, quadro, giz, folhas brancas e canetas. A capacitação será mantida semanalmente durante os quatro meses da intervenção, realizada pelo médico e a enfermeira da equipe de acordo as necessidades de aprendizagem identificadas no curso do trabalho. O protocolo será impresso e encadernado pelo médico da equipe no início da intervenção.

Engajamento público.

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

Será realizado orientações pelos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade mensal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como nas reuniões de vizinhos, nas escolas e nas casas dos pacientes sobre o tema escolhido.

Qualificação da prática clínica.

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

Será realizada uma capacitação teórico-prática no início da intervenção com a atualização sobre tratamento dos usuários com HAS e DM, e participarão todos os integrantes da equipe. Para isso serão utilizadas a sala de reuniões, o computador da UBS, quadro, giz, folhas brancas e canetas. Será capacitada a equipe pelo médico da UBS sobre as alternativas locais para o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Participarão todos os profissionais da equipe, para isso serão utilizadas a sala de reuniões, o computador da UBS, quadro, giz, folhas brancas e canetas.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Monitoramento e avaliação.

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e Avaliação

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

O monitoramento será feito com uma avaliação semanal das fichas dos usuários que participam do projeto pelos ACS, o médico e a enfermeira da equipe, e para isso será confrontado os exames indicados e os realizados.

Organização e gestão do serviço.

- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

O monitoramento semanalmente mediante avaliação das fichas dos usuários envolvidos no projeto será realizado pelos ACS, médico e enfermeira da equipe quando os exames complementares sejam indicados. Vamos conferir na base de dados à realização dos exames. Será enviado ofício ao gestor municipal pela enfermeira da equipe no início da intervenção solicitando agilidade na realização dos exames laboratoriais dos usuários que participam do projeto. Será estabelecido pela equipe de profissionais mediante uma análise semanal da base de dados, um sistema de alerta que permita identificar os usuários que não tenham os resultados dos exames realizados e avaliados. O sinal de alerta será em papel colorido.

Engajamento público.

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.
- Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem se realizar os exames complementares.

Será orientado por meio de rodas de conversa realizadas pelos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade quinzenal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como nas reuniões de vizinhos, nas escolas e nas casas dos usuários. Será enviado ofício ao gestor pela enfermeira da equipe para a elaboração de folders e cartazes para a educação sanitária da população em relação a necessidade de realização de exames complementares.

Qualificação da prática clínica.

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

Será realizado no início da intervenção pelo médico da UBS. Para isto será utilizado o protocolo de HAS e DM do Ministério da Saúde, a sala de reuniões, o computador, um projetor de imagens, um quadro, giz, papel, e canetas.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia dos pacientes com HAS e DM que participam do projeto.

Será avaliado semanalmente as fichas dos pacientes que participam do projeto pelos ACS, o médico e a enfermeira da equipe, para conferência dos usuários que receberam a medicação, também será utilizado a base de dados da dispensação da farmácia.

Organização e gestão do serviço.

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Cada quinze dias será conferido o estoque pelos ACS e a enfermeira da equipe. Os medicamentos vão receber uma tarjeta com os dados de entrada, saída e data de validade para um melhor controle. Será estabelecido por parte da enfermeira da equipe as necessidades de medicamentos, a fim de garantir em quantidade suficiente um estoque que garanta seguridade de resposta mensal dos mesmos para todos os pacientes que participam do projeto. Alimentar a base de dados com esta informação e avaliar a mesma mensalmente.

Engajamento público.

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

Será orientada a comunidade por meio de rodas de conversas realizadas pelos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade quinzenal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como nas reuniões de vizinhos, nas escolas, nas casas e nas consultas dos usuários sobre seus direitos ao ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Qualificação da prática clínica.

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

Realizaremos uma atualização no início e na metade do projeto por parte do médico e a enfermeira da equipe sobre o tratamento das duas doenças e para que possam orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Para isso se utilizará a sala de reuniões, o computador, um projetor de imagens, um quadro, giz, papel, e canetas.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Será monitorado por meio dos sinais de alerta e pelos registros na ficha espelho.

Organização e gestão do serviço

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

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

Durante os atendimentos o médico e a enfermeira realizarão uma avaliação bucal a fim de identificar os usuários que necessitem de acompanhamento com o dentista. Estas informações serão registradas na ficha espelho e será anexado um sinal de alerta para sinalizar a necessidade de tratamento odontológico. Como a UBS não dispõe de dentista atuando, o médico e a enfermeira pactuarão por meio de ofício com o gestor a referência dos usuários que necessitarem de atendimento odontológico para outras UBS que dispõe do serviço. Para isto será organizada uma agenda juntamente com o dentista de lá com os dias e horários dos atendimentos.

Engajamento Público

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

Será orientada a comunidade por meio de rodas de conversas realizadas pelos ACS nas comunidades, na UBS, pelos profissionais da equipe na UBS nos atendimentos individuais, e durante as visitas domiciliares.

Qualificação de Prática Clínica

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

Será capacitada a equipe para identificar possíveis problemas de saúde bucal. Isto será feito pelo médico e enfermeira da UBS e acontecerá no início da intervenção. Será utilizado retroprojetor, cartazes e cartilhas do MS.

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

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo em pacientes que participam do projeto. (Consultas em dia).

Será feita a conferência semanal do cumprimento da consulta pelo médico, enfermeira e ACS da UBS por meio da revisão das fichas dos que participam do projeto.

Organização e gestão do serviço.

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos com apoio dos ACS.
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Toda segunda feira os ACS receberão as informações pela enfermeira da equipe dos faltosos as consultas anteriores e priorizarão visitas para garantir nova data para a consulta na semana seguinte. O médico e a enfermeira agendarão espaços em todos os turnos de trabalho para o acolhimento dos pacientes que serão buscados pelos ACS.

Engajamento público.

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão, diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Serão realizadas palestras pelos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade mensal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como nas reuniões de vizinhos, nas escolas e nas casas dos usuários em relação a importância de realização das consultas. Será estabelecido um espaço de escuta para a população mencionar as estratégias de melhorias do projeto, por meio de rodas de conversas na UBS, nas comunidades e durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS. Será discutida propostas de modificação do atendimento de acordo a suas necessidades para diminuir os pacientes faltosos aos atendimentos, participarão todos os profissionais da equipe e a população dos bairros de abrangência da UBS.

Qualificação da prática clínica.

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

Capacitar os ACS em técnicas participativas: será realizado um treinamento teórico-prático no início da intervenção pelo médico da equipe, com a atualização sobre técnicas participativas e como sensibilizar os usuários com HAS e DM para a participação nas consultas com a periodicidade estabelecida, participarão todos os integrantes da equipe e para isso será utilizada a sala de reuniões, o computador da UBS, quadro, giz, folhas brancas e canetas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos que participam do projeto acompanhado na unidade de saúde.

Será monitorado semanalmente pelo médico e a enfermeira da equipe, mediante análise dos registros nas fichas espelhos.

Organização e gestão do serviço.

- Manter as informações do SIAB atualizadas
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Será estabelecida a sexta feira como dia para atualizar o SIAB, e neste dia as informações das fichas serão transcritas no sistema de informação pela Enfermeira. Será implantada a planilha registro disponibilizada pelo curso, onde o médico e a enfermeira transcreverão os dados das fichas espelhos semanalmente. Será

pactuado mediante reunião com a equipe no início da intervenção, mencionando as responsabilidades individuais de cada membro da equipe para com o registro das informações e elencando o profissional que será responsável pelo monitoramento dos registros de cada uma das informações.

Será elaborado pelo médico e a enfermeira do projeto uma base de dados que permita alertar quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, será anexado nas fichas espelhos destes pacientes sinais de alerta em papel colorido afim de facilitar as buscas destes usuários e maior acompanhamento por parte da equipe.

Engajamento público.

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

Serão realizadas palestras por parte dos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade mensal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como nas reuniões de vizinhos, nas escolas e nas casas dos pacientes em relação aos direitos que tem os pacientes em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário:

Qualificação da prática clínica

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

Será realizado um treinamento teórico prático no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe, com relação ao preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e o diabético, participarão todos os integrantes da equipe e para isso serão utilizadas a sala de reuniões, o computador da UBS, quadro, giz, folhas brancas e canetas.

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

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação.

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

Será monitorado mensalmente pelo médico e a enfermeira da equipe, mediante a análise da ficha espelho e qualidade dos registros o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Organização e gestão do serviço

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Será priorizado o atendimento dos pacientes identificados com risco afim de garantir atendimento com maior frequência. Serão atendidos todos os dias da semana em todos os turnos. Será disponibilizado espaços na agenda de modo a garantir o atendimento com maior frequência dos pacientes identificados com risco. .

Engajamento público

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

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

Será orientado o usuário durante o atendimento individual pelo médico e enfermeira da UBS. Será esclarecido aos pacientes e a comunidade por meio de palestras que serão realizadas pelos ACS, pelo médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade mensal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como nas reuniões de vizinhos, nas escolas e nas casas dos pacientes em quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Será realizado um treinamento da equipe no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe, quanto a forma de se realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo para isso serão utilizadas a sala de reuniões, o computador da UBS, quadro, giz, folhas brancas e canetas. Será realizado uma palestra pela enfermeira da equipe no início da intervenção sobre a importância do registro desta avaliação. Será realizada uma palestra pela enfermeira da equipe e o médico no início da intervenção sobre as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos que participam do projeto.

Será monitorado pelo médico e a enfermeira da equipe por meio dos registros dos pacientes com HAS e DM com uma periodicidade quinzenal em relação as orientações sobre nutrição adequada para estes pacientes.

Organização e gestão do serviço

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

Será realizada pelo menos uma prática coletiva sobre alimentação saudável por mês com a participação de toda a equipe juntamente com os usuários e comunidade. Será enviado pelo médico da equipe um ofício ao gestor para a fim de solicitar a presença da nutricionista em tais atividades.

Engajamento público

- Orientar diabéticos, hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Serão orientados por meio de palestras realizadas pelos ACS, médico e enfermeira da equipe com uma periodicidade mensal aproveitando os dias de atendimento em que se reúnem as pessoas para as consultas assim como nas reuniões de vizinhos, nas escolas e nas casas dos pacientes em relação sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da prática clínica

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

Será realizada pela nutricionista da equipe por meio de duas palestras no início da intervenção sobre práticas de alimentação saudável. Será realizado um treinamento pelo médico e a enfermeira da equipe sobre metodologias de educação em saúde no início da intervenção. Participarão todos os profissionais e será utilizado a sala de reuniões, o computador, um projetor de imagens, o quadro, giz, papel e canetas.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos que participam do projeto.

Será monitorado quinzenalmente mediante o monitoramento dos registros dos pacientes por parte do médico e da enfermeira a orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos que participam do projeto.

Organização e gestão do serviço.

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

Será realizada uma atividade esportiva semanal desde o início da intervenção, coordenada pelo NASF onde participarão usuários e integrantes da equipe. Será enviado ofício no início da intervenção ao gestor municipal pelo médico da equipe demandando parcerias institucionais para envolver educadores físicos na atividade física dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Engajamento público.

- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Será realizado duas palestras pela enfermeira da equipe no início da intervenção sobre a importância da prática de atividade física regular, participarão os pacientes e os profissionais.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Será realizado treinamento teórico pratica no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe, sobre a promoção da prática de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde. Participarão todos os profissionais. Para isso serão utilizadas a sala de reuniões, o computador da UBS, quadro, giz, folhas brancas e canetas.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos que participam do projeto.

Será monitorado semanalmente pelo médico da UBS por meio dos registros dos pacientes a orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos que participam do projeto

Organização e gestão do serviço.

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

Será enviado ofício no início da intervenção ao gestor municipal pelo médico da equipe demandando a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo"

Engajamento público.

- Orientar os hipertensos tabagistas sobre o risco e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Será realizado duas palestras pela enfermeira da equipe no início da intervenção sobre o risco e a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

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

Será capacitada a equipe por meio de um treinamento teórico prático no início da intervenção pelo médico e a enfermeira da equipe, sobre o tratamento de pacientes tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde. Para isso serão utilizadas a sala de reuniões, o computador da UBS, quadro, giz, folhas brancas e canetas.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Monitoramento e avaliação.

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos que participam do projeto com o odontólogo.

 Será monitorado quinzenalmente por meio dos registros dos pacientes na ficha espelho.

Organização e gestão do serviço.

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos hipertensos e diabéticos.

- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

 Será estabelecida uma parceria com o odontólogo da equipe dois turnos para o tratamento odontológico para atendimento dos hipertensos e diabéticos que participam do projeto. Será priorizado o atendimento dos usuários identificados com sinal de alerta para risco de saúde bucal estes pacientes serão acompanhados com maior frequência. Será demandado mediante um ofício ao gestor a parceria com outras especialidades odontológicas para o tratamento dos hipertensos e diabéticos que precisarem.

Engajamento público.

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

 Será realizado duas palestras pelo o odontólogo da equipe na comunidade para a procura de parcerias para o tratamento odontológico dos pacientes e o apoio de outros setores. Será mobilizada a comunidade a demandar junto ao gestor a disponibilidade de dentista para atuar na UBS 40 horas semanais.

Qualificação da prática clínica.

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e diabético.

Será realizado um treinamento teórico prático no início da intervenção pelo odontólogo da equipe, sobre o tratamento bucal do paciente hipertenso e diabético para isso serão utilizadas a sala de reuniões, o computador da UBS, quadro, giz, folhas brancas e canetas.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores descritos a seguir se fazem necessários para a possível avaliação da intervenção.

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

Meta 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: 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 2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 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.

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

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 3: 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 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 4: 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 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 5: 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 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 6: 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 de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 7: 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 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 8: 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 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 9: 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 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 10: 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.

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

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 11: 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 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 12: 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.

Objetivo 4. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13: 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 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14: 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.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 15: 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 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 16: 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.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 21: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 22: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 23: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Numerador: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

A intervenção que será realizada na UBS Mutirão, no programa de atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, e utilizará os protocolos fornecidos pelo Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica nº 36 e nº 37 do Ministério da Saúde, 2013). Os mesmos estarão disponíveis na UBS de forma impressa e encadernada e serão utilizados quando necessário para esclarecimento de dúvidas da equipe.

Para divulgar a intervenção será aproveitado o contato com a comunidade e/ou usuários durante os atendimentos, visitas domiciliares e trabalho com os grupos já constituídos. Será apresentado o projeto de intervenção ao gestor municipal pelo médico da UBS a fim de garantir os materiais necessários para a realização da intervenção, como folders, balanças, recurso audiovisual, em especial a compra de esfigmomanômetros para que seja possível a reposição dos mesmos sempre que necessário, bem como garantida a calibragem uma vez por ano. Atualmente os registros estão sendo realizados em prontuários clínicos. Existe um arquivo específico para acomodar os registros dos atendimentos, além disso o enfermeiro e os ACS possuem um livro para seu controle.

Assim, todas estas informações serão recolhidas pelo médico e pela enfermeira da equipe e serão transcritas nas novas fichas espelhos que serão adotadas. Já será realizado um primeiro levantamento do número de usuários já cadastrados, que estão com a consulta e exames em atraso. Estes dados serão avaliados com uma periodicidade semanal. Para a intervenção serão adotadas as fichas-espelho fornecidas pelo curso, pois contém todas as informações necessárias para o monitoramento. As fichas serão garantidas mediante contato com o gestor por meio de ofício que será encaminhado em nome da equipe contendo o número de fichas que será necessário durante a intervenção. Estima-se que se fazem necessárias 286 fichas de cadastros, pois se pretende com a intervenção cadastrar 220 portadores de HAS e 66 de DM.

Antes de iniciar a intervenção, o médico e a enfermeira realizarão contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade na área de abrangência e apresentarão o projeto de intervenção esclarecendo a importância da realização. Serão esclarecidos os problemas evidenciados, as ações que se pretende implementar na UBS, a importância do aceite da comunidade para que as

ações possam ser desenvolvidas e o que se espera obter com este trabalho, bem como os recursos necessários para sua realização.

Inicialmente a intervenção será realizada com trocas de experiências e qualificação dos profissionais com relação às ações que serão desenvolvidas. Dentre os profissionais incluem-se o médico, a enfermeira, os ACS e a técnica de enfermagem. Também serão convidados a participar a servente e demais membros da equipe. Primeiramente será capacitado os profissionais no início da intervenção com relação a humanização e acolhimento aos usuários, garantindo respeito, confiança, segurança e explicando a importância deste projeto e seus objetivos e expectativas para que fiquem cientes de que este trabalho será incorporado a rotina da UBS. Estas capacitações aos membros da equipe serão realizadas na sala de reuniões da UBS, todas as terças-feiras à tarde após o término da reunião de equipe, aproveitando a oportunidade que todos os integrantes da equipe participam deste encontro.

Cada encontro terá a duração de duas horas num total de quatro encontros mensais. Será ministrado pelo médico e o enfermeiro da equipe, e sempre que possível serão convidados outros profissionais para dar apoio como a nutricionista, o odontólogo, cada um em temas específicos de suas especialidades. Os temas de capacitação são a verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, tratamento da hipertensão e diabetes, orientação aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, orientação de hipertensos e diabéticos em quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames, orientação de hipertensos e diabéticos quanto o cumprimento do tratamento não medicamentoso e medicamentoso complementares. Será abordado também o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso, registro adequado do Peso, índice de massa corpórea (IMC), Pressão Arterial (PA) e os complementares em todas as consultas, para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, práticas de alimentação saudável, a promoção da prática de atividade física regular, metodologias de educação em saúde, tratamento de tabagistas, tratamento de alcoolismo, e avaliação e tratamento bucal do hipertenso e diabético.

Cada profissional da equipe estudará uma parte do Manual e explanará o

conteúdo ao resto dos integrantes da equipe de saúde. As atividades de capacitação serão desenvolvidas em forma de rodas de conversas e terão um importante componente prático, por meio de exemplos de como serão desenvolvidas as atividades no dia-a-dia. Para os encontros serão utilizados sala da UBS, os cadernos do Ministério da Saúde para controle da HAS e DM, folhas de papelão, folhas brancas, canetas, quadro, giz, computador e projetor digital. O gestor municipal sempre será convidado a participar.

O acolhimento dos usuários portadores de HAS e DM se darão todos os dias em ambos os turnos por toda a equipe de saúde, em especial pelos técnicos de enfermagem que são responsáveis pela recepção e realização da ficha de atendimento. Os atendimentos a estes usuários ocorrerão por meio de agendamentos uma vez por semana aliados a livre demanda nos demais dias, ou seja, todos os usuários portadores de HAS e/ou DM que buscarem o serviço terão o atendimento garantido pela equipe de saúde. Em cada atendimento será realizado o rastreamento do usuário, exame físico, incluindo a verificação da pressão arterial, dados antropométricos (peso, altura e circunferência abdominal) e do cálculo do IMC. Serão investigados os fatores de risco para ambas as patologias em todos os usuários, será avaliado o risco cardiovascular e demais condições de saúde e serão solicitados exames laboratoriais necessários que possam contribuir para o diagnóstico e para a decisão terapêutica ou preventiva.

Durante todos os atendimentos individuais que serão realizados pelos profissionais da equipe, os usuários serão sensibilizados quanto à importância da alimentação saudável, a prática de exercício físico e os riscos do consumo de álcool e do fumo. O registro específico oriundo dos atendimentos será realizado pelo médico e enfermeiro, estes revisarão todos os prontuários para identificar quais são os usuários que assistem periodicamente as consultas programadas e quais são os faltosos, para serem repassadas todas as informações no livro de registro. Isto será possível, pois para ambas as patologias (HAS e DM) será disponibilizado um livro de registro onde será anotado todo dado necessário que nos permita posteriormente avaliar os indicadores. Os resultados também serão anotados em todos os prontuários. Uma vez coletada a informação esta será processada de modo computadorizado num notebook, utilizando os sistemas operativos Microsoft Word e Excel, os quais facilitarão as análises.

O acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos descompensados e com intercorrências agudas, que procurarem o serviço para consultas de emergência terão prioridade no atendimento, isto será triado pela técnica de enfermagem na recepção da UBS, encaminhando diretamente para avaliação de enfermagem e medica e posteriormente sendo encaminhado para o pronto atendimento se necessário. Caso o enfermeiro esteja realizando alguma outra função importante e não possa avaliar este usuário, a auxiliar de enfermagem encaminhará diretamente para o médico. Usuários que procuram atendimento de rotina terão suas consultas agendadas, sendo que a demora de espera de consulta será menor que três dias. Para agendar usuários provenientes da busca ativa nas comunidades após visitas domiciliares e o trabalho dos ACS será reservado oito consultas por semana.

O médico e o enfermeiro em conjunto com os ACS desenvolverão grupos organizados e planejados com a população nas igrejas e escolas da comunidade, os usuários serão informados e convidados a participar antecipadamente à data de realização através dos ACS e seus líderes comunitários. As palestras serão realizadas todas as semanas e os responsáveis de seu desenvolvimento serão o médico e o enfermeiro da equipe. Serão discutidos temas importantes relacionados com educação em saúde, prevenção e promoção de doenças que afetam a comunidade, principalmente a HAS e o DM. Sempre que possível serão convidados outros profissionais a participarem, como a nutricionista, dentista entre outros da Secretaria de Saúde. Os materiais necessários para realizar as palestras serão o salão de reuniões da UBS ou igrejas e salões comunitários conforme a disponibilidade, folhas de papelão, folhas brancas, canetas, quadro, giz, computador e projetor digital.

Para a sensibilização da comunidade e dos usuários portadores de HAS e DM também serão confeccionados folders explicativos que mencionem a importância de prevenir estas patologias para serem entregues na sala de espera e durante os atendimentos e nos grupos. Estes panfletos serão construídos com apoio da equipe e enviados para a gráfica para serem impressos caso não exista esta possibilidade, será garantido à impressão junto ao gestor por meio de ofício que será enviado pela equipe no início da intervenção.

A fim de monitorar o desenvolvimento das ações no programa, semanalmente a enfermeira e o médico examinarão as fichas espelho dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, identificando aqueles que estão com consultas, exames

clínicos e exames laborais em atraso, nestas fichas será fixado um sistema de alerta em papel colorido para facilitar a visualização pela equipe e agilidade nas buscas. Os ACS farão as buscas ativas de todos os Hipertensos e diabéticos durante a busca já será agendado junto ao usuário um horário de sua conveniência para retorno. Ao final de cada mês as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica pelo médico e enfermeiro da UBS.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O projeto de intervenção foi desenvolvido de acordo com planejado, sem apresentar maiores dificuldades. Ao fazer uma avaliação das atividades que a equipe acordou desde o início, podemos dizer que todas elas foram realizadas. Nas primeiras quatro semanas foram capacitados todos os integrantes da equipe no que tange as ações que seriam desenvolvidas no projeto, foi estabelecido o papel de cada profissional na ação programática que escolhemos, assim como, os profissionais foram capacitados na busca ativa de Hipertensos e Diabéticos faltosos, tarefa que desenvolveram com eficiência.

Desde o começo de nossa intervenção todos os membros da equipe encontravam-se aptos para iniciar a mesma, assim como, cada um deles estava pronto para cumprir com todas suas atribuições com dedicação, entrega, participação ativa e responsabilidade. Assim, todos juntos encararam os desafios e contratempos que poderiam aparecer durante o desenvolvimento e o decorrer da intervenção. Acompanhamos e avaliamos um total de 208 usuários, deles 192 hipertensos e 69 diabéticos, os quais foram avaliados clinicamente seguindo o protocolo do Ministério da Saúde. Todos os usuários com 18 anos ou mais que procuraram nossa UBS (consulta, atividades educativas, procedimentos) receberam medição da PA, do peso corporal, da altura e da circunferência da cintura, além de ser calculado o IMC e registrado os dados nas fichas e prontuários individuais.

Identificamos todos os fatores de risco relacionados com estas doenças e realizamos o melhor esforço para afastá-los dessas patologias, fizemos avaliação de possíveis lesões em órgãos alvo e pesquisa de possíveis complicações

cardiovasculares, renais e ou cerebrais, além disso, todos os usuários foram monitorados e atualizados seus tratamentos médicos, farmacológicos e não farmacológicos, assim como, foram solicitados todos os exames complementares estabelecidos pelo protocolo do Ministério da Saúde. Os usuários hipertensos avaliados foram examinados clinicamente e foi feita a estratificação de risco mediante a Escala de Framingham, assim como, todos os usuários diabéticos também tiveram avaliação e exames dos pés, medições de glicemia capilar durante as consultas na UBS e durante as visitas domiciliares. A necessidade de atendimento odontológico foi avaliada e todos aqueles que precisavam deste atendimento foram encaminhados ao dentista da equipe em outra UBS, muitos deles já foram avaliados e atendidos pelo dentista, e os outros foram agendadas suas consultas para o decorrer do próximo mês.

Durante a avaliação encontramos muitos usuários que tinham indicadores de cobertura com taxas muito baixas como, por exemplo: proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico e exames complementares em dia de acordo com o protocolo. A princípio percebemos que tinham muitos deles com este problema, mas no decorrer da intervenção e durante as consultas de retorno eles foram avaliados integralmente de forma clínica de acordo com o protocolo. Tivemos alguns destes usuários que se encontravam faltosos as consultas e foram resgatados pela busca ativa feita pela equipe de saúde principalmente pelos ACS. Alguns dos usuários tinham desatualizada sua ficha de acompanhamento, onde se realizou o cadastro pela auxiliar em enfermagem da equipe, supervisionado pelo enfermeiro e pelo médico. Por fim, todos os usuários atendidos possuem atualizadas suas correspondentes fichas de acompanhamento.

Também identificamos todos os fatores de risco relacionados com estas doenças e realizamos atividades de educação em saúde (palestras) nas comunidades e na própria UBS, com a finalidade de expor a todos a importância dos acompanhamentos médicos na UBS, sobre o projeto de intervenção, sobre estas doenças, controle, tratamento, prevenção e educação sanitária, além de serem realizadas ações de sensibilização dos usuários e familiares para conscientização da importância dos atendimentos e das consultas aos usuários hipertensos e diabéticos. Todos os usuários receberam de forma individual durante suas consultas atividades educativas sobre a importância de fazer atividade física, sobre alimentação saudável, os riscos do tabagismo e a importância de ter uma boa

higiene bucal. Foram orientados também a importância de ter uma vida saudável e como modificar os padrões e costumes errados que garantem a aparição de fatores de risco que estão relacionados a estas patologias.

Uma dificuldade significativa que ocorreu no início da intervenção foi relativa à realização e coleta de exames laboratoriais, pela falta de insumos e as limitações com o número de vagas, mas após conversa com a gestão municipal e o senhor secretário de saúde alguns laboratórios de clínicas do setor privado da cidade foram conveniados para fazer estes exames pelo SUS, o qual além de oferecer mais vagas para serem feitos estes exames, garantiu e melhorou muito a agilidade no tempo de entrega dos resultados, pois este fato realmente atrapalhava muito as consultas de retorno e a atenção com qualidade destes usuários. Foi muito estimulante o interesse mostrado desde o início pelos profissionais da equipe em trabalhar e desenvolver este projeto, sem esta ajuda seria impossível obter estes resultados, além do apoio incondicional e permanente da gestão do município, pois eles sempre ficaram perto de nós e estiveram prontos para ajudar na hora que precisávamos, mostrando-se engajados com os serviços e foi assim durante todo este trabalho.

Durante o desenvolvimento de nossa intervenção foram oferecidas palestras e atividades educativas a população com ajuda da equipe de odontologia da outra UBS e a nutricionista, todos os participantes ficaram satisfeitos com estas atividades e os resultados positivos foram percebidos imediatamente. Este trabalho ajudou a grande maioria das pessoas deste programa que estiveram ausentes e faltosas as consultas durante vários anos e meses, estes vieram espontaneamente às consultas sem a necessidade de serem resgatados pelos agentes comunitários durante as buscas ativas. Durante o desenvolvimento destas palestras e reuniões realizadas para a comunidade os usuários entenderam a importância da intervenção e das ações e medidas a serem tomadas na prevenção de doenças e a importância da promoção de saúde.

A equipe se reuniu todas as semanas para analisar o funcionamento das ações, forma de trabalho da equipe e o desenvolvimento do trabalho da UBS no dia a dia, assim como, para discutir o cronograma de trabalho do mês e repassar para todos os membros da equipe, além de monitorar e avaliar o desenvolvimento e o andamento de nossa intervenção. Foram traçadas e planejadas ações para resgatar todos aqueles faltosos as consultas e visitar em suas próprias casas aqueles cadeirantes, acamados e idosos que não podem deslocar-se até nossa UBS para

receber os atendimentos médicos e avaliação. Muitas vezes parabenizei aos ACS da equipe, pois eles foram grandes aliados na captação de usuários faltosos e de novos casos que apareciam durante o trabalho do dia a dia e seu encaminhamento a UBS para a avaliação.

Formamos os grupos de hipertensos e diabéticos integrados pelos usuários deste programa e alguns de seus familiares e líderes comunitários. Os resultados até agora atingidos foram graças à equipe que sempre esteve alegre, contente e muito animada, olhando para frente e na melhora da qualidade dos atendimentos aos usuários em geral, e especificamente aos usuários do programa de atenção à saúde com hipertensão e diabetes. Tivemos disponibilizado um veículo para o deslocamento da equipe até a moradia de nossos usuários acamados, cadeirantes, deficientes físicos por doenças como Acidente Vascular Cerebral (AVC) com sequelas, amputação de membros e outras que não podem deslocar-se até nossa UBS, além daqueles faltosos que resistem em visitar nossa UBS para receber atendimento médico e de enfermagem.

Durante todo o período foi feito o cadastramento dos usuários com HAS e DM, realizado contatos com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática solicitando apoio para a captação de portadores de HAS e DM e para as demais estratégias do projeto. Desde o início o atendimento clínico dos Hipertensos e diabéticos foi realizado com a qualidade que preconiza o Ministério da Saúde, realizamos a avaliação do risco cardiovascular de todos os usuários cadastrados, foram adotadas fichas espelhos específicas e os usuários foram orientados sobre boas práticas de alimentação, exercícios físicos e importância de evitar o consumo de álcool e de cigarros. Foram constituídos e estão acontecendo os grupos de HIPERDIA, sendo feito o monitoramento e avaliação das atividades todas as semanas.

As principais dificuldades estiveram relacionadas com a estrutura da UBS que não responde aos padrões estabelecidos. Isso dificultou as atividades de promoção e prevenção pela falta de espaço para as atividades. Também no início da intervenção faltaram equipamentos médicos para a tomada da PA e para medir a glicose capilar para atender as demandas dos pacientes. Consideramos como a maior dificuldade o atendimento odontológico dos usuários cadastrados atendendo a que os integrantes da equipe odontológica ficam em outra unidade muito distante de nossa população, também apresentamos problemas com o equipamento, falta de

insumos e roturas frequentes que obrigarem a não prestar o serviço, devemos sinalizar que mesmo com estas dificuldades a equipe conseguiu ofertar um trabalho de promoção e prevenção de saúde de tal modo que todos os usuários cadastrados fossem avaliados em suas necessidades de atendimento odontológico e todos aqueles que precisavam deste atendimento foram encaminhados ao dentista da equipe. Muitos deles já foram avaliados e atendidos pelo dentista, e os outros foram agendas suas consultas para o decorrer dos próximos meses.

As dificuldades com faltosos a consulta também atrapalhou o bom desenvolvimento do projeto. No início este problema foi muito grande, mas o trabalho realizado pelos ACS para garantir a assistência deles as consultas planejadas foi excelente até que aos poucos tudo foi resolvido.

Enfrentamos queixas de alguns dos usuários pelo atendimento hospitalar quando é encaminhado por alguma emergência. As mais frequentes são relacionadas ao retardo de atendimento, falta de medicamentos hospitalares e de estrutura do hospital municipal para um bom atendimento e falta de algumas especialidades médicas no município. Tais dificuldades foram discutidas pelo médico e a enfermeira da equipe com o gestor, e a maioria dos problemas foram resolvidos atendendo a uma maior prioridade aos casos encaminhados por nós e parcerias que já foram feitas com setores privados e com apoio da prefeitura para a contratação de serviços especializados.

As facilidades estão na motivação da equipe para cumprir com as tarefas do projeto, o apoio de toda a comunidade e suas instituições como a igreja, as escolas e as lideranças comunitárias para alcançar os objetivos que temos no projeto. Também os gestores responderam as demandas da equipe e muitas das dificuldades já foram resolvidas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Até a data de hoje todas as ações do projeto foram desenvolvidas, não podemos assegurar que tudo foi fácil e que não encontramos no caminho muitas barreiras, mais contamos com uma equipe motivada, que foi bem capacitada e que alimenta sua força com a satisfação dos usuários. O fato de nos mostrar as dificuldades com o atendimento odontológico não impediu que todos recebessem

orientações sobre a importância da higiene bucal e todos foram encaminhados para tratamento odontológico o que faz com que todos tenham agendadas suas consultas e seu tratamento.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

As principais dificuldades encontradas na coleta de dados estão relacionadas à precariedade que tinha o sistema anterior de prontuários médicos com muitos dados errados. Outra dificuldade está em que a UBS não conta com um computador conectado à internet, o trabalho de preencher os dados eu tenho que fazer por meios próprios. Até o momento a planilha fornecida pela especialização não apresentou dificuldades para o cálculo dos indicadores do projeto, o que me permite fazer uma avaliação correta dos resultados.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A equipe está capacitada e desempenhando suas funções, portanto as ações já se encontram incorporadas a rotina do atendimento de usuários com HAS e DM. Creio que foi um trabalho muito significativo, pois todos os usuários cadastrados e aqueles que são assistidos em consultas são corretamente registrados mediante a ficha espelho, o atendimento clínico atinge a qualidade preconizada pelo ministério da saúde, é avaliada sua situação odontológica e encaminhados para este atendimento. São indicados e realizados os exames complementares necessários, identificados seus riscos cardiovasculares e são orientados para mudar seus estilos de vida para estilos saudáveis, sobre a importância de evitar o consumo de álcool, cigarros e de ter uma vida ativa com a prática de exercícios físicos e de uma dieta balanceada.

Estamos conscientes de que precisamos melhorar a digitalização dos dados o que deve ocorrer logo com a incorporação de mais dois computadores conectados à internet na UBS. Existem quantidade suficiente de fichas espelhos e estas já estão disponíveis na UBS para a continuidade dos cadastramentos. Não me restam

dúvidas de que este trabalho chegou para ficar e está propiciando a melhoria das práticas com enfoque no atendimento de qualidade aos pacientes com HAS e DM.

Com a intervenção a equipe se encontra motivada para trabalhar esta metodologia com outros programas como é o caso da saúde do idoso. Acreditamos que assim como o programa de HIPERDIA, também este programa será melhorado, pois a equipe percebe a importância de se ofertar um cuidado de qualidade para os usuários, seja nos atendimento multidisciplinar, como nos registro, atendimento clínico e a educação sanitária em temas prioritários como alimentação saudável, tabagismo, violência ao idoso e a pratica sistemática de exercícios físicos.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção ocorreu na ESF Mutirão do município de Esperantina/Piauí de forma consecutiva em 12 semanas, iniciada no dia 06 de abril e finalizada no dia 25 de junho do ano de 2015. Segundo estimativas do VIGITEL existem 367 usuários portadores de HAS na população de abrangência e 95 com DM na faixa etária estabelecida pelo protocolo do Ministério da Saúde (com 20 anos ou mais) em uma população de 2.371 pessoas.

O Caderno de Ações Programáticas projetava uma estimativa de 475 hipertensos e 136 diabéticos, mas a planilha de coleta de dados projetou uma estimativa inferior, a equipe achou que a estimativa da planilha de coleta de dados era mais adequada a realidade (361 hipertensos e 89 diabéticos), como já tínhamos um registro de 367 hipertensos e 95 diabéticos cadastrados, adotou-se esta estimativa para a intervenção.

No final da intervenção foi possível apresentar os resultados alcançados através do trabalho desenvolvido em três meses, onde cadastramos um total de 192 hipertensos e 69 diabéticos. Nosso trabalho teve como objetivo melhorar o cuidado ofertado aos portadores de HAS e DM. A seguir, apresentam-se os resultados com avaliação quantitativa e qualitativa de todos os indicadores de cobertura e qualidade que foram utilizados para monitorar o serviço.

Objetivo 1: melhorar a cobertura no programa de hipertensão e diabete mellitus na UBS

Meta1: 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: Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde

Existem na área de abrangência da UBS 367 usuários portadores de HAS. No decorrer da intervenção foi possível obter a seguinte evolução. No primeiro mês foram cadastrados e avaliados 88 usuários, ou seja, 24,0%, no segundo mês chegamos a 122 hipertensos (33,2%) e no terceiro mês 192 hipertensos foram cadastrados e acompanhados na UBS, chegando a uma cobertura de 52,3%. (Figura 1). Não foi possível atingir a meta proposta pelo fato de que a intervenção foi planejada para ter uma duração de 16 semanas e acabou tendo seu tempo reduzido para doze semanas em virtude dos prazos para defesas de TCC. No entanto a cobertura atingida foi avaliada positivamente pela equipe, pois todos se empenharam ao máximo para conseguir captar um maior número possível de usuários, além de que a equipe pretende dar continuidade a fim de ampliar as coberturas gradativamente no decorrer do ano.

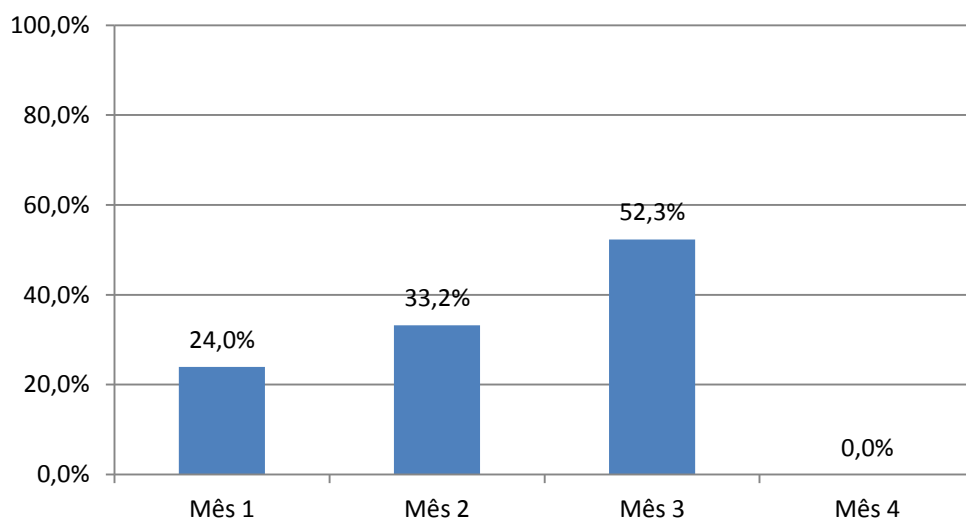


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde

No decorrer da intervenção existiam 95 diabéticos pertencentes a área de abrangência da UBS. No primeiro mês foram cadastrados e avaliados 25 diabéticos (26,3%), no segundo mês foram acompanhados e avaliados 38 (40,0%) e no terceiro e último mês foi possível avaliar integralmente 69 diabéticos atingindo uma cobertura de 72,6% (Figura 2). A meta proposta foi alcançada, mesmo com muitas dificuldades por ter faltosos a consultas. O trabalho unido de toda a equipe facilitou o alcance da meta, além de que a equipe pretende dar continuidade ao trabalho a fim de contemplar o cadastro da totalidade dos usuários diabéticos nos próximos meses.

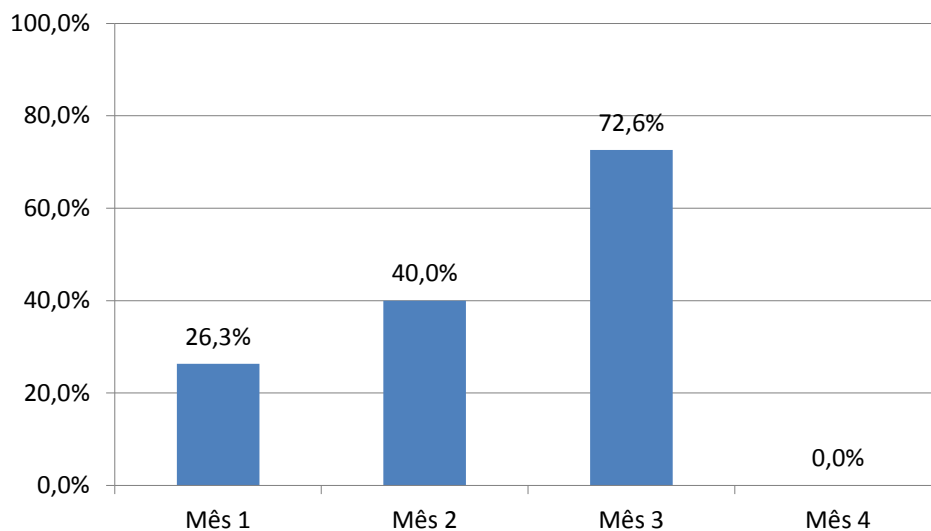


Figura 2- Cobertura do programa de atenção ao usuário com DM na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Em relação à proporção de usuários com exame clínico em dia de acordo com o protocolo preconizado pelo programa, é possível evidenciar que no primeiro mês foram avaliados 88 hipertensos, destes 11 tiveram o exame clínico em dia, ou seja, uma cobertura de 12,5% da população alvo avaliada neste mês. No segundo mês dos 122 hipertensos cadastrados, 104 tiveram o exame clínico atualizado, com uma cobertura de 85,2%. No último mês dos 192 hipertensos cadastrados e acompanhados no programa da UBS, todos ou seja, 100% estavam com exame clínico em dia. (Figura 3).

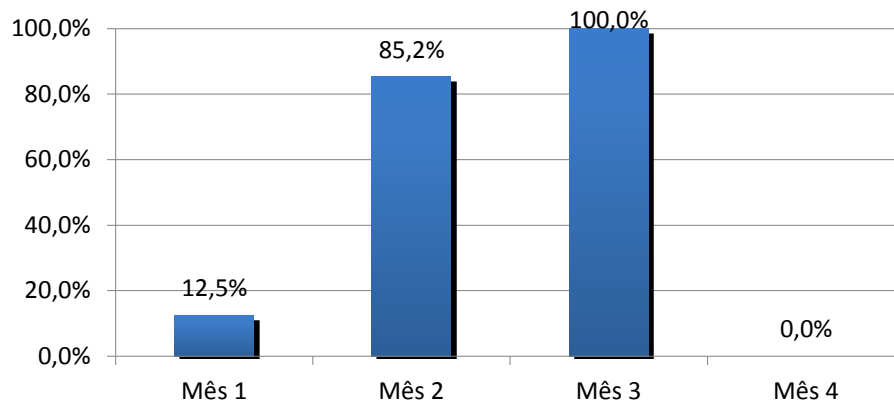


Figura 3 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 4: Proporção de diabéticos com exame clínico de acordo com o protocolo.

Durante o decorrer destes 3 meses de intervenção foi possível atingir a meta em relação a proporção de diabéticos com exame clínico de acordo com o estabelecido pelo protocolo. No primeiro mês dos 25 diabéticos cadastrados e acompanhados no programa, 3 tiveram a avaliação clínica em dia o que representou um percentual de 12,0%, já no segundo mês a cobertura aumentou, pois dos 38 diabéticos acompanhados e avaliados, 30 tinham atualizado o exame clínico chegando a 78,9%. E por fim no terceiro e último mês da intervenção, graças ao esforço da equipe dos 69 diabéticos cadastrados e avaliados, todos, ou seja, 100% tiveram atualizados o exame clínico como estabelece o programa. (Figura 4).

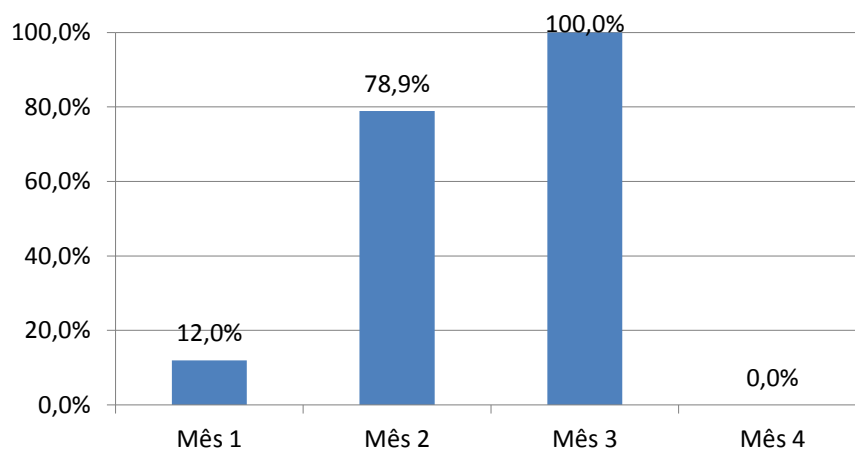


Figura 4- Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 5: garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 5: proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês, dos 88 hipertensos cadastrados e acompanhados, 7 tiveram os exames em dia, ou seja, 8,0%, no segundo mês dos 122 hipertensos cadastrados e acompanhados, 96 deles estavam com exames complementares atualizados de acordo com protocolo, o equivalente a 78,7%. No terceiro mês dos 192 hipertensos avaliados e cadastrados, todos, ou seja, 100% destes estavam com exames complementares em dia (Figura 5).

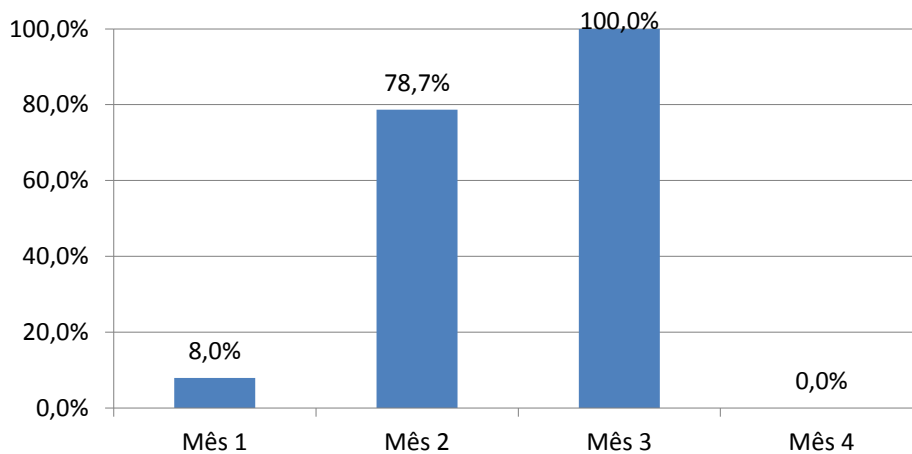


Figura 5 - Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês de intervenção dos 25 diabéticos cadastrados 2 apresentavam avaliação complementar em dia de acordo com o protocolo, ou seja, uma cobertura de 8,0%, já no segundo mês a cobertura aumentou de maneira positiva, onde dos 38 diabéticos acompanhados e avaliados, destes 27 tinham atualizado em dia o exame clínico, ou seja, 71,1%. E por fim no último mês a equipe conseguiu avaliar e acompanhar 69 diabéticos, sendo que destes, todos, ou seja, 100% destes tinham atualizado seus exames complementares. (Figura 6).

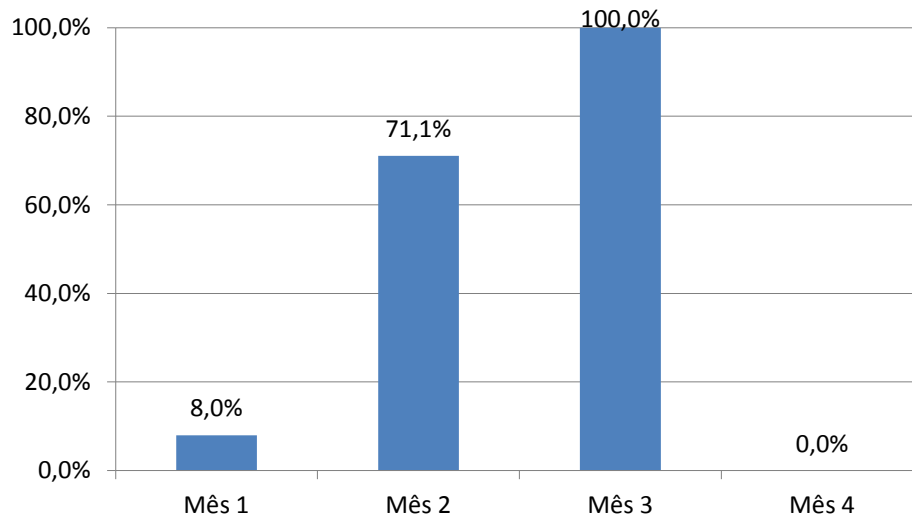


Figura 6 - Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

No primeiro mês da intervenção foram cadastrados e avaliados 59 hipertensos, destes 54 tinham prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, o que representou um percentual igual a 91,5% de cobertura, já no segundo mês dos 119 hipertensos cadastrados, 114, ou seja, 95,8% tinham prescrição dos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, e no terceiro mês dos 189 hipertensos cadastrados e acompanhados pela equipe, 184 (97,4%) tinham prescrição de medicamentos da Farmácia Popular (Figura 7). Alguns usuários necessitam fazer uso de outros medicamentos que não estão disponíveis na farmácia popular e por isto o indicador não atingiu 100%.

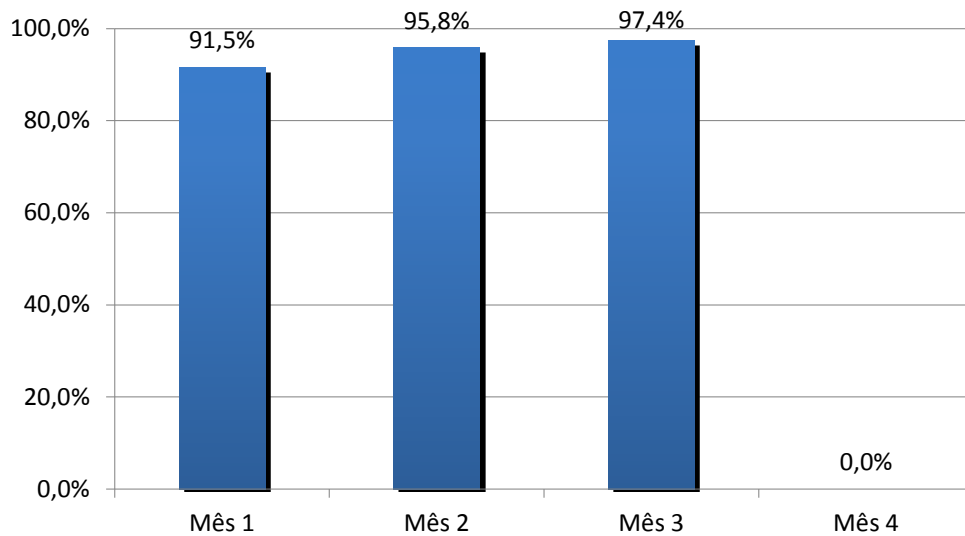


Figura 7 - Proporção de HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Mutirão, Esperantina/PI.2014-15.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

No primeiro mês foram avaliados 16 diabéticos, destes, 11(68,7%) tinham prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, no segundo mês dos 38 diabéticos cadastrados e acompanhados, 31(81,6%) tinham prescrição dos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Ao chegar ao terceiro e último mês da intervenção, dos 69 usuários com DM cadastrados e acompanhados na UBS, destes, 62 tiveram a prescrição de seus medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada o que representa uma porcentagem igual a 89,9% (Figura 8). Alguns usuários necessitam fazer uso de outros medicamentos que não estão disponíveis na farmácia popular e por isto o indicador não atingiu 100%.

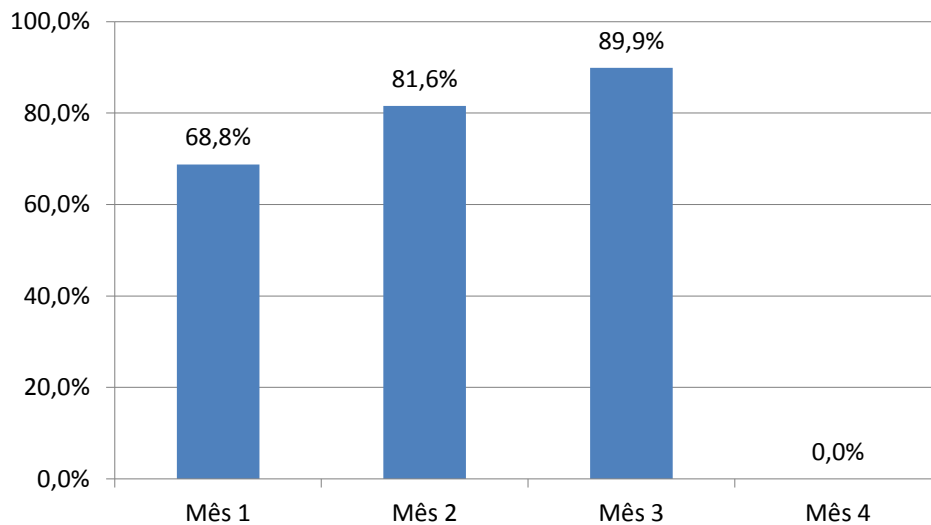


Figura 8 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Durante a intervenção foi realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos usuários com hipertensão arterial nas consultas de acompanhamentos individuais. Todos os usuários foram avaliados com qualidade requerida e estabelecida pelos protocolos do programa. Obteve a seguinte evolução. No primeiro mês dos 88 hipertensos cadastrados, 57 destes, ou seja, 64,8 % foram avaliados pelo dentista, no segundo mês a cobertura aumentou e dos 122 hipertensos cadastrados, 114 foram avaliados, com uma cobertura de 93,4%. Por fim no terceiro mês, dos 192 hipertensos acompanhados, todos, ou seja, 100% tiveram esta avaliação. (Figura 9).

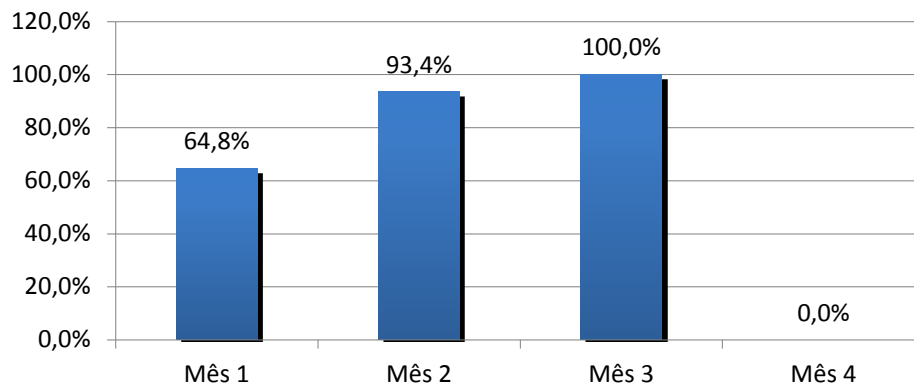


Figura 9 - Proporções de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No primeiro mês, dos 25 portadores de DM cadastrados e acompanhados, 16 tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, ou seja, 64,0% de cobertura. No segundo e terceiro mês, dos 38 e 69 diabéticos cadastrados ao longo de cada mês consecutivamente, todos, ou seja, 100% deles tiveram a avaliação da necessidade de atendimento odontológico. (Figura 10). Devemos dizer que a equipe odontológica trabalha em outra UBS distante da nossa atendendo as dificuldades estruturares, mas a equipe faz um esforço muito grande e todos pacientes foram atendidos ou agendadas suas consultas.

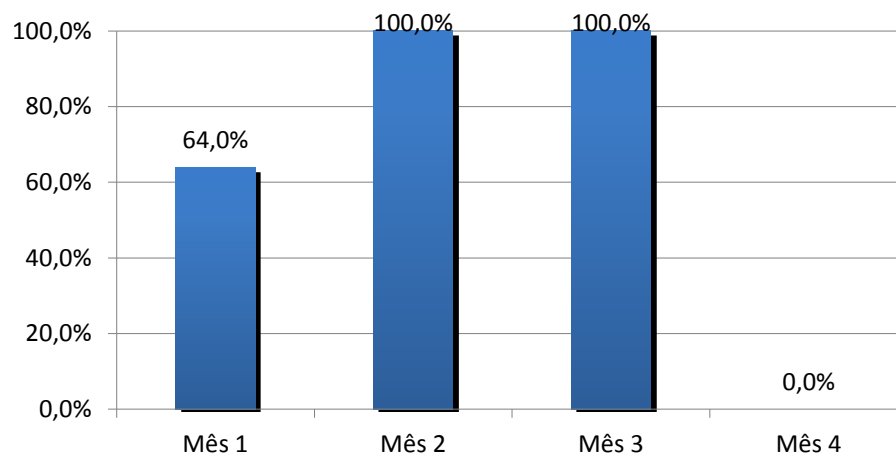


Figura 10 - Proporções de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 11: Proporção dos hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante a intervenção encontramos algumas adversidades as quais foram enfrentadas com otimismo e resolvidas em sua totalidade, como a proporção de faltosos as consultas resgatados pela busca ativa. Os resultados deste indicador foram os seguintes: no primeiro mês dos 88 hipertensos cadastrados, 13 estavam faltosos as consultas, destes, todos foram buscados pela equipe, ou seja, 100% de cobertura. No segundo mês dos 122 hipertensos cadastrados, 37 estavam faltosos, destes, 36 foram resgatados pela busca ativa e encaminhados a unidade de saúde para seu acompanhamento e avaliação integral, ou seja, um total de 97,3% de cobertura. No terceiro mês dos 192 hipertensos cadastrados no programa, 58 encontravam-se faltosos e destes todos foram buscados pela equipe fechando com uma cobertura de 100% para este indicador. (Figura 11).

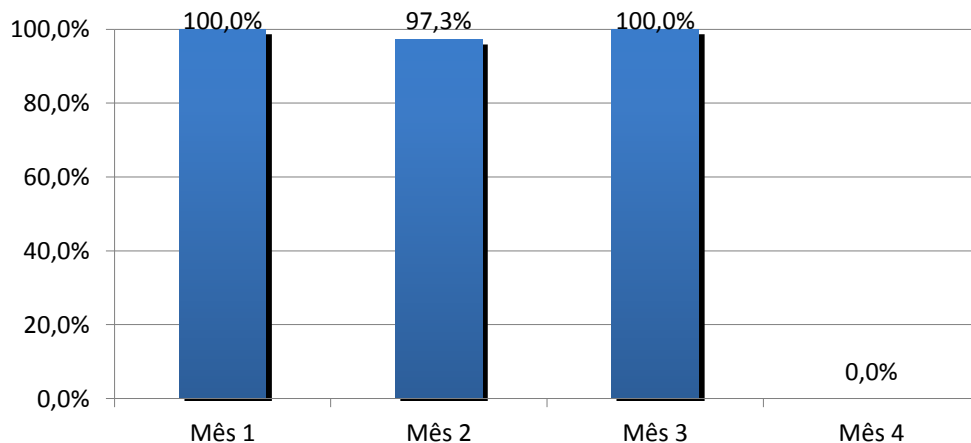


Figura 11-Proporção de hipertensos faltosos as consultas com busca ativa na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 12: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Este indicador obteve 100% de cobertura ao longo dos três meses de intervenção. Ou seja, no primeiro mês dos 25 diabéticos cadastrados e acompanhados no programa, 3 faltaram as consultas, sendo que estes 3 foram buscados pela equipe, ou seja, 100% de cobertura. No segundo mês, dos 38 diabéticos cadastrados, 13 estavam faltosos e foram resgatados pela equipe, e por fim, no terceiro mês dos 69 diabéticos cadastrados, 24 estavam faltosos e foram buscados, totalizando 100% de cobertura.

Objetivo 4: melhorar o registro das informações do Programa de Atenção a Pacientes com HAS e DM.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade.

Indicador 13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No primeiro mês foram avaliados 88 hipertensos sendo que 9 destes tinham registro adequado, ou seja, 10,2%, no segundo mês dos 122 hipertensos cadastrados, 104 tinham seu registro adequado na ficha de acompanhamento, ou seja, 85,2% de cobertura. Ao finalizar o terceiro mês dos 192 hipertensos cadastrados, todos tinham um registro adequado na ficha de acompanhamento, o que representou um percentual igual a 100% para este indicador (Figura 12). Ao fazer a avaliação deste indicador não posso deixar de mencionar que este indicador foi alcançado graças ao esforço e dedicação da equipe. Todos usuários foram acompanhados em consultas individuais e tinham atualizados adequadamente seus registros nas fichas de acompanhamento, pois todos da equipe desenvolveram um olhar diferenciado para isto.

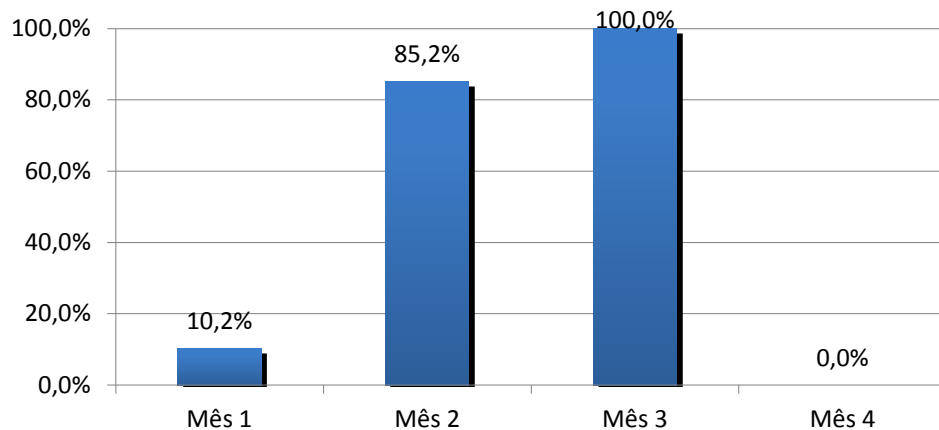


Figura12 - Proporção de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No primeiro mês dos 25 diabéticos cadastrados, 2 estavam com registro adequado, um percentual igual a 8,0%. No segundo mês dos 38 usuários com DM cadastrados, 31 apresentavam registro em ficha de acompanhamento, (81,6%). Já no final do terceiro mês dos 69 usuários cadastrados e avaliados, 69 estavam com o registro adequado em ficha de acompanhamento, ou seja, 100% de cobertura para este indicador. (Figura 13). Assim como mencionado no indicador passado, o êxito deste indicador é mérito de um trabalho em equipe, pois todos se encontravam preparados para receber a todos os usuários e acompanhá-los adequadamente.

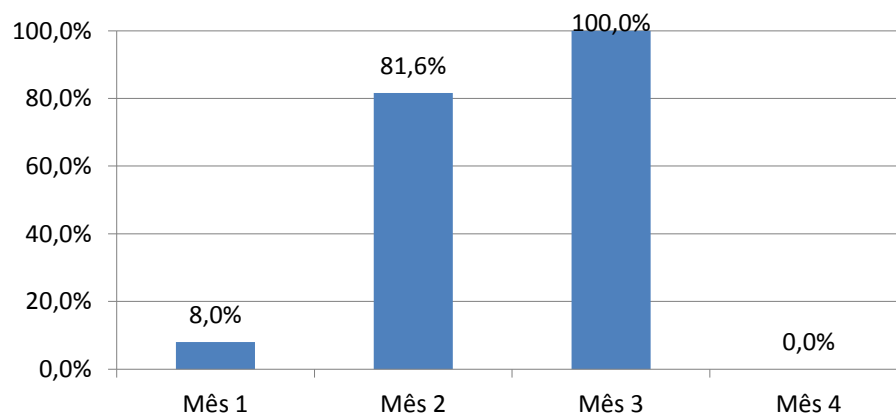


Figura13 - Proporção de Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Objetivo 5: mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Durante o desenvolvimento da intervenção todos os hipertensos foram avaliados em relação a estratificação de risco cardiovascular. No primeiro mês dos 88 hipertensos cadastrados, apenas 1 estava com esta estratificação em dia, ou seja, 1,1% de cobertura. No segundo mês dos 122 hipertensos cadastrados, 104 foram avaliados em relação a estratificação de risco cardiovascular (85,0%). No terceiro mês dos 192 usuários com HAS cadastrados, todos, ou seja, 100% receberam estratificação de risco cardiovascular no programa da UBS. (Figura 14).

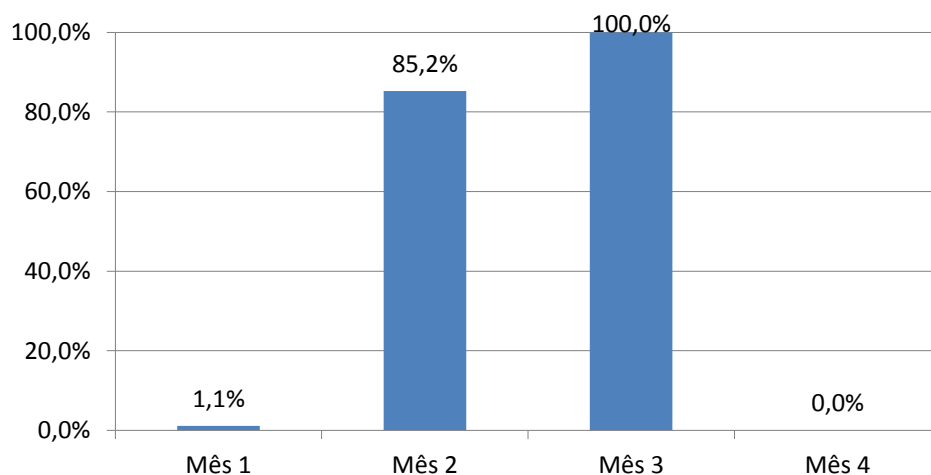


Figura 14 - Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Em relação aos usuários com DM avaliados com a estratificação de risco cardiovascular no primeiro mês da intervenção dos 25 diabéticos cadastrados, apenas 1 encontrava-se com esta avaliação, ou seja, 4,0% de cobertura. No segundo mês dos 38 diabéticos cadastrados, 31 apresentavam esta avaliação, uma cobertura de 81,6% e por fim no terceiro mês dos 69 diabéticos cadastrados, todos, ou seja,

100% foram avaliados integralmente e feita sua estratificação de risco cardiovascular. (Figura 15).

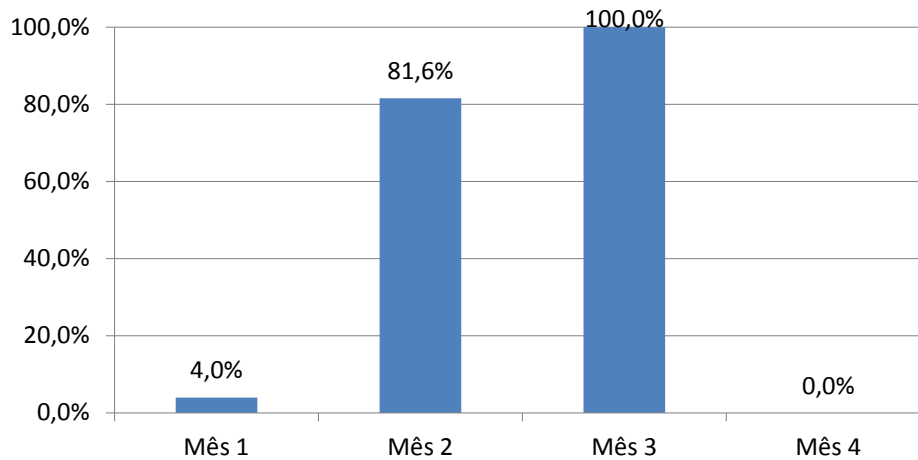


Figura 15 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Objetivo 6: promover a saúde no programa de controle da hipertensão arterial sistêmica e diabete mellitus

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Durante o primeiro mês a equipe conseguiu cadastrar e avaliar um quantitativo de 88 hipertensos, destes 59 tiveram orientações sobre a alimentação saudável, ou seja, 67% de cobertura. No segundo mês dos 122 hipertensos cadastrados, 120 ou seja, 98,4% receberam tais orientações e no terceiro dos 192 hipertensos cadastrados, todos, ou seja, 100% receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável pela equipe. (Figura 16). A APS tem como principais ações a educação em saúde representada pelas atividades de prevenção e promoção de saúde, por isto nosso projeto de intervenção desde seu início planejou e ofereceu encontros de grupos e palestras educativas a população alvo da nossa área de abrangência, com a finalidade de elevar e melhorar seus conhecimentos sobre estas doenças, seus fatores de riscos e as medidas de prevenção e controle das mesmas.

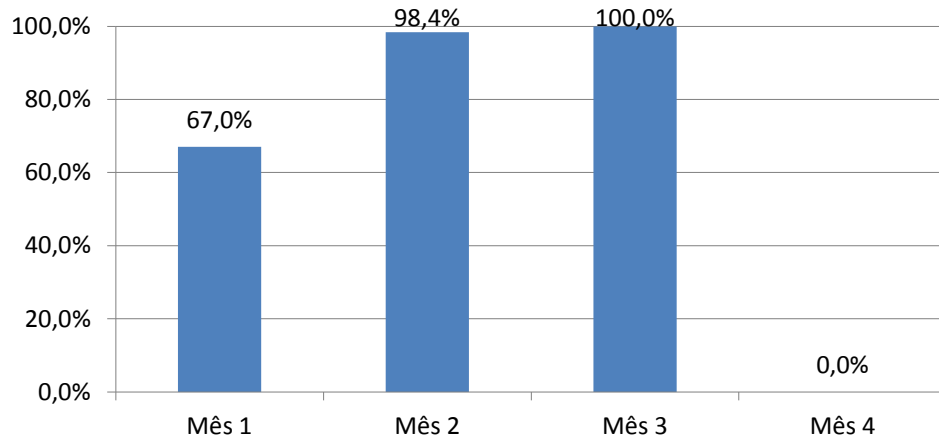


Figura 16 -Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicadores 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

No primeiro mês da intervenção dos 25 usuários com DM cadastrados e acompanhados na UBS, 16, ou seja, 64,0% destes receberam as orientações nutricionais, no segundo mês dos 38 diabéticos cadastrados, 37, ou seja, 97,4% haviam recebido tais orientações. E por fim no final do terceiro mês, dos 69 diabéticos cadastrados todos, ou seja, 100% haviam recebido orientação nutricional sobre alimentação saudável. (Figura17).

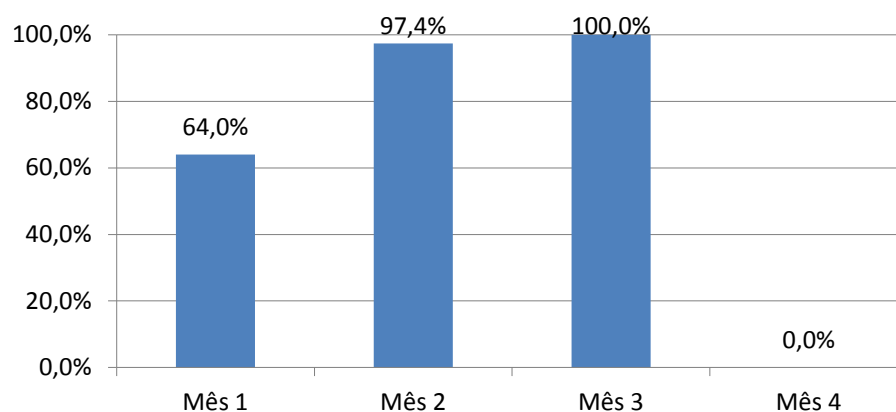


Figura 17 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

No primeiro mês dos 88 hipertensos cadastrados, 59, ou seja, 64,0% haviam recebido orientação sobre a importância da prática sistemática e regular de atividade física, assim como, a necessidade de lutar contra a obesidade e o sedentarismo. No segundo e terceiro mês dos 122 e 192 hipertensos cadastrados, todos haviam recebido tais orientações, ou seja, 100% de cobertura. Ao final da intervenção todos haviam sido orientados adequadamente em relação à prática regular de atividade física e seus benéficos no controle desta doença. (Figura 18).

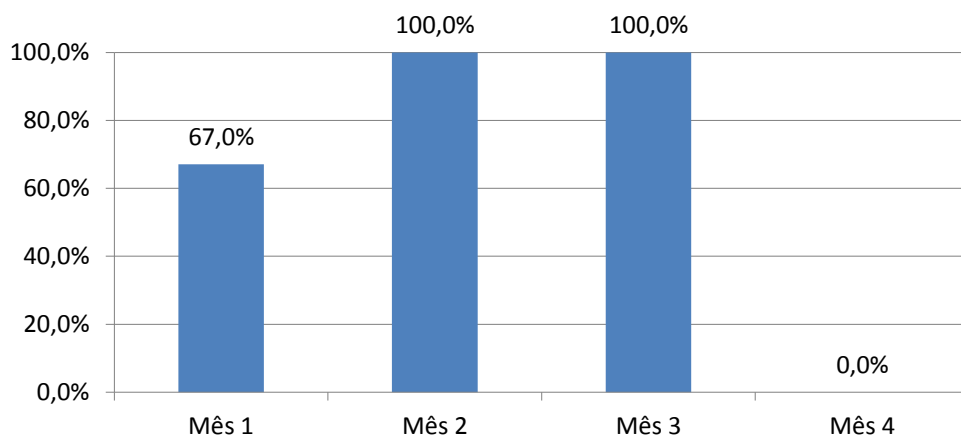


Figura 18 - Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Em relação aos usuários com DM de nossa população alvo avaliada no primeiro mês da intervenção, é possível evidenciar que dos 25 diabéticos acompanhados, 16 receberam educação quanto à realização de atividade física, representando um percentual de 64,0%. No segundo mês dos 38 diabéticos cadastrados, 37 (97,4%) haviam recebido tais orientações e no terceiro mês dos 69

usuários com DM avaliados e acompanhados, todos, ou seja, 100% haviam recebido orientação adequada sobre a prática regular, continuada, sistemática e controlada de atividade física, bem como, seus benefícios e resultados no controle desta doença e na prevenção de complicações em importantes órgãos alvos do organismo. (Figura 19).

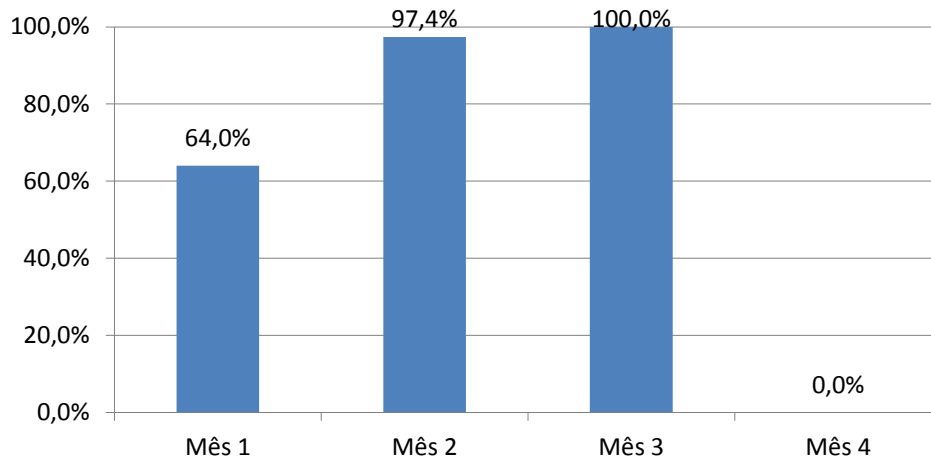


Figura 19 - Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 21: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Durante o primeiro mês da intervenção a equipe conseguiu avaliar um total de 88 hipertensos e deles 59 tiveram orientação sobre os riscos do tabagismo, ou seja, uma cobertura de 67,0%. No segundo e terceiro mês dos 122 e 192 hipertensos cadastrados no programa, todos, ou seja, 100% foram orientados adequadamente quanto aos riscos do tabagismo e as possibilidades de enfrentamento para superar o vício. (Figura 20).

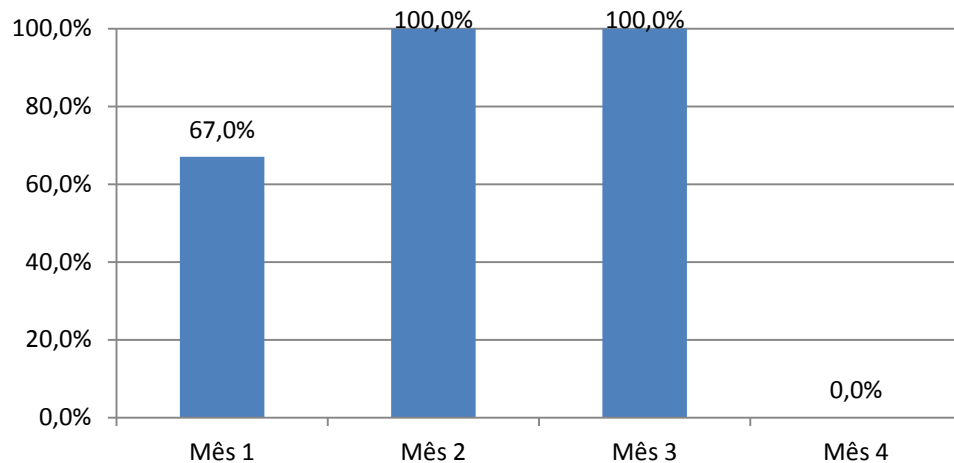


Figura 20 - Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 22: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Em relação aos 25 usuários com DM cadastramos no primeiro mês 16 receberam orientações sobre os riscos do tabagismo o que representa um percentual de 64,0%, já no segundo e terceiro mês dos 38 e 69 diabéticos cadastrados, todos, ou seja, 100% foram orientados os riscos do tabagismo e sua contribuição para o agravamento de várias doenças cardiovasculares, pulmonares e cerebrais e principalmente da DM. (Figura 21).

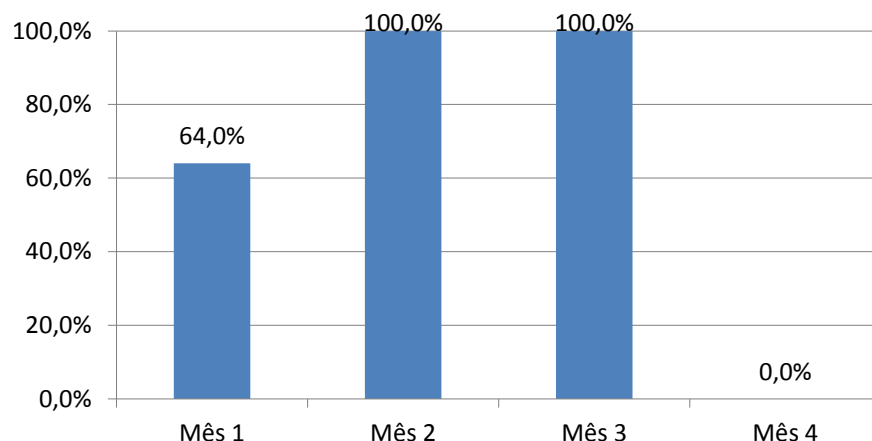


Figura 21 - Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 23: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês de um total de 88 hipertensos cadastrados, 59 receberam orientações sobre higiene bucal, no segundo e terceiro mês dos 122 e 192 hipertensos acompanhados, 100% deles foram orientados sobre quais são os riscos do abandono da saúde bucal, sobre a importância da higiene bucal e dos atendimentos odontológicos, assim como, de forma geral os benéficos que estes atendimentos e acompanhamentos propiciam a saúde. (Figura 22).

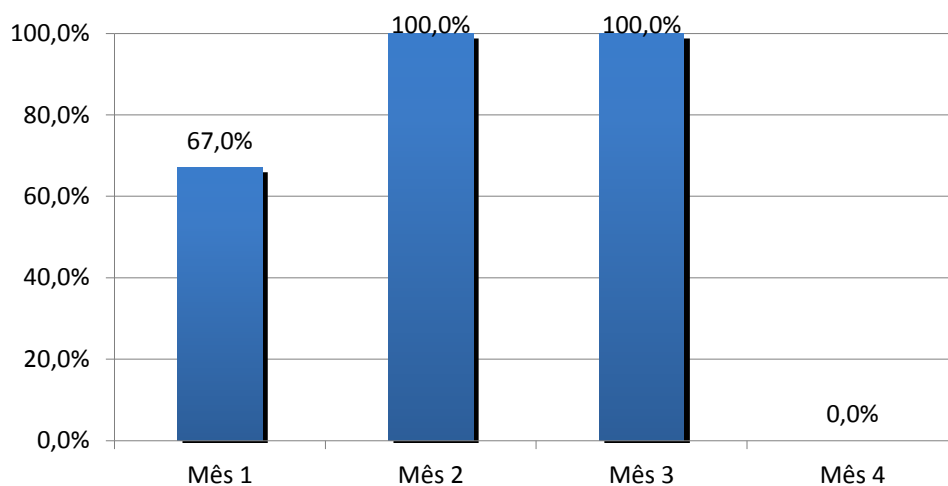


Figura 22 - Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 24: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Em relação aos usuários com DM de nossa área de abrangência no primeiro mês da intervenção dos 25 diabéticos cadastrados, 16 receberam orientações sobre higiene bucal, ou seja, 64,0% de cobertura. No entanto no segundo e terceiro mês dos 38 e 69 diabéticos cadastrados e acompanhados no programa da UBS, todos ou seja, 100% foram orientados quanto a higiene bucal. (Figura 23).

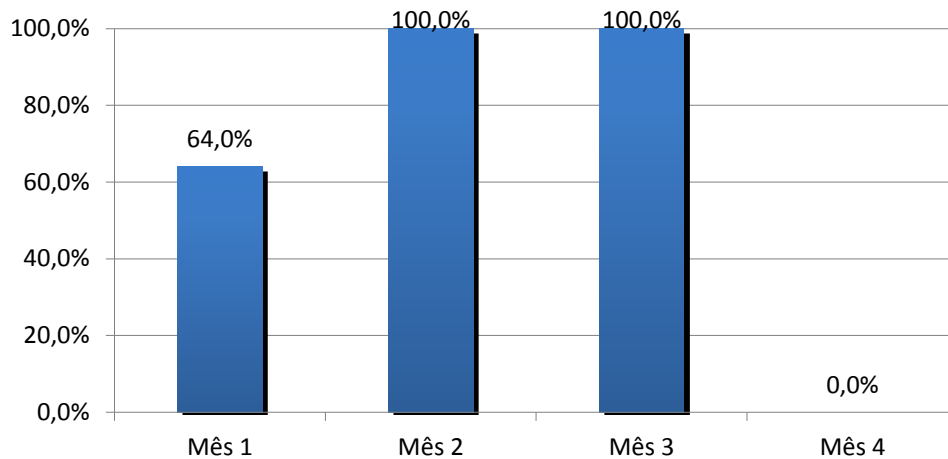


Figura 23 - Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal na ESF Mutirão, Esperantina/PI. 2014-15.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Por fim é possível concluir que os resultados obtidos por meio da intervenção foram considerados excelentes pela equipe, a maioria dos objetivos foram cumpridos e as metas alcançadas em sua totalidade, na prática o desenvolver da intervenção teve muitas barreiras e dificuldades, mas todas foram vencidas por meio de um trabalho em equipe com o apoio da comunidade e dos gestores.

4.2 Discussão.

A intervenção realizada em minha UBS propiciou a melhora da atenção ofertada aos portadores de HAS e DM. Foi possível ampliar a cobertura de usuários cadastrados e acompanhados pela equipe, bem como melhoria dos registros, melhoria do engajamento público, melhoria na comunicação e vínculo entre a equipe e comunidade. Se estreitaram as parcerias com os gestores e outros setores que não pertencem à saúde, foi possível avaliação de risco de todos os usuários cadastrados no programa, enfim, foi possível melhorar a qualidade geral do atendimento aos usuários com hipertensão e diabetes.

Com o desenvolver da intervenção, o trabalho de promoção e prevenção, de assistência médica e reabilitação propiciou que as ações de saúde tivessem um impacto maior na saúde da população. Graças a este projeto de intervenção foi possível melhorar o enfoque epidemiológico e investigativo do trabalho no dia a dia

na UBS, melhorando a compreensão de todos quanto a importância da promoção da saúde por meio de ações preventivas como método eficaz para evitar que as pessoas adoeçam com facilidade.

A intervenção foi muito importante para a equipe, pois hoje se encontra mais segura e mais preparada para oferecer uma atenção de qualidade, cada um possui suas atribuições bem definidas e isto permite organização no trabalho. Com a intervenção ficou definido que os ACS seriam responsáveis na busca de faltosos, bem como iriam apoiar a equipe na sensibilização dos usuários quanto a importância da adesão as ações ofertadas e ao tratamento, nas atividades coletivas de educação em saúde bem como iriam trabalhar na busca constante para a captação de possíveis novos casos na comunidade. As auxiliares de enfermagem seriam as responsáveis pelo acolhimento e registro inicial dos dados na ficha espelho dos usuários, assim como a educação em saúde tanto a nível individual como coletivo. A enfermeira, ao médico e ao dentista, ficou a incumbência dos atendimentos clínicos, a avaliação do risco cardiovascular e as atividades de promoção e prevenção, assim como as atividades de avaliação e monitoramento do programa. Ao final todos os profissionais trabalharam engajados com a comunidade no controle social do programa, aliado ao trabalho conjunto com os gestores e com os profissionais de outras secretarias do município. Por fim é possível afirmar que para a equipe a intervenção foi de suma importância, pois foi graças a ela que conseguimos avaliar integralmente os usuários, assim como, conseguimos discutir educação sanitária sobre promoção de saúde, prevenção e controle de suas doenças para todos os usuários que receberam atendimento. A equipe melhorou a comunicação interpessoal, a motivação e a capacidade de trabalhar em equipe neste e em outros projetos que já estamos planejando incorporar para melhorar a qualidade da saúde que prestamos.

Com a intervenção foi possível alcançar melhoras importantes para o serviço na UBS. Antes de iniciar este trabalho existiam muitos problemas de organização, planejamento e execução do programa de atendimento a diabéticos e hipertensos, muitos faltosos a consultas. Não existia um fornecimento adequado de medicamentos da farmácia básica e o registro e avaliação clínica era precária. Existiam problemas no acolhimento e agendamento das consultas assim como não se tinha uma política adequada para o atendimento por demanda espontânea, não estavam definidas as estratégias para a promoção e prevenção da saúde e o

atendimento odontológico não era planejado. O cadastro e avaliação integral dos usuários com HAS e DM da área de abrangência não era uma grande preocupação da equipe e nem contava dentro de suas prioridades no cronograma de trabalho. Todos consideravam que existiam outras doenças e outros programas nos quais eles deveriam se ocupar mais. Não tinham muita compreensão de que a prevenção dos fatores de risco, mudanças nos padrões, hábitos e costumes errados melhoraria a incidência e prevalência destas doenças crônicas.

O projeto permitiu estabelecer uma organização na rotina de atendimento baseado no programa do Ministério de Saúde, e ao terminar, todos os usuários cadastrados foram acolhidos e avaliados clinicamente assim como sua situação de saúde bucal. Todos foram cadastrados mediante as fichas espelho e avaliados sua condição de risco cardiovascular. Todos eles foram instruídos sobre a saúde bucal, alimentação saudável, prática de exercícios físicos sistemáticos e o risco de tabagismo e de consumo de álcool. Foram criados e estão em funcionamento os grupos de hipertensos e diabéticos e planejadas atividades esportivas e educativas que sistematicamente fornecem um ambiente saudável.

Foi possível estabelecer uma melhoria na comunicação com a comunidade, suas instituições e seus líderes, ferramenta fundamental para alcançar os objetivos. Também incentivamos o apoio dos gestores e dos setores que não pertencem à saúde na solução dos problemas que identificamos desde o início da intervenção. A equipe saiu fortalecida e qualificada para este cuidado, além de que se encontra motivada e trabalhando em equipe.

Quanto à importância da intervenção para a comunidade, é possível afirmar que todos estes usuários demonstraram satisfação com os atendimentos oferecidos, por isto creio que isto por si só já pode ser considerado um impacto excelente no desempenho de nosso trabalho. A comunidade ficou mais preparada, organizada e com maior motivação para apoiar os projetos de saúde, pois a intervenção propiciou orientações também para os líderes comunitários, para as pessoas que trabalham em instituições públicas, como é o caso das lancherias, mercados e outras que fornecem alimentos. Todos foram sensibilizados quanto a importância do cuidado com o preparo e oferta dos alimentos para a população, também foi incentivado a oferta de alimentos mais saudáveis que promovam um menor consumo de sal, açúcar, e outros produtos que em excesso fazem mal a saúde. Formamos núcleos de apoio nas escolas e nas igrejas para alcançar os objetivos, o que mostrou a força

do trabalho comunitário para atingir uma saúde melhor para toda a população.

Conseguimos com este trabalho mostrar que podemos trabalhar e mudar os estilos de vida da população, que podemos trocar experiências e ideias com líderes das comunidades, equipe, gestor municipal e o coordenador de Atenção Básica da secretaria municipal de saúde do município.

O apoio incondicional e permanente da gestão do município foi imprescindível, todos sempre estiveram presentes e prontos para ajudar na hora que precisávamos, mostrando-se engajados com os serviços e foi assim durante todo este trabalho. Além disso, a intervenção ajudou a expor para nossa população que estamos dispostos a ajudar, escutar, tratar e acompanhar a todos aqueles que precisarem de atendimentos e acompanhamento de qualidade independente de sua condição de saúde. Esta foi a primeira vez que a comunidade foi instigada a se envolver nas ações desenvolvidas e posso afirmar que no que depender da equipe isto terá continuidade. Continuaremos oferecendo a população um serviço de qualidade na prevenção e na assistência.

Caso fosse realizar a intervenção neste momento iria trabalhar melhor a sensibilização junto ao gestor quanto á importância de seu apoio desde o início, iria enfatizar tudo o que seria necessário para que o cuidado fosse ofertado da melhor forma possível, buscaria maior comprometimento dele para a solução de problemas quanto a estrutura, o fornecimento de insumos, medicamentos e aparelhos, bem como buscaria traçar estratégias precoces para que juntos pudéssemos discutir soluções para os problemas, sempre envolvendo a comunidade e os usuários na busca destas melhorias. Priorizaria mais o trabalho com a comunidade, porque sem seu apoio é muito difícil atingir os objetivos. O restante das atividades faria do mesmo jeito, pois creio que a metodologia recomendada no desenvolvimento deste projeto de intervenção está bem desenhada e nos ajudou a obter os resultados atingidos.

A intervenção já está incorporada a rotina do atendimento dos usuários com hipertensão arterial e diabetes. É possível dizer que atualmente todos os usuários estão sendo cadastrados no projeto e se beneficiam de todas as ações ofertadas pela equipe.

Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde no serviço é a incorporação da metodologia do projeto a outros programas como o programa de atenção a pessoa idosa e atenção a crianças. Apesar das dificuldades encontradas,

a maioria das metas e dos objetivos foram alcançados. Tivemos muitos avanços durante o desenvolvimento do projeto, dentre eles o aumento do número de usuários procurando atendimento médico e exame clínico referente a este programa. Aos poucos percebemos que as ações desenvolvidas por meio da intervenção estavam modificando o estilo e costume de vida de muitos dos nossos usuários. As capacitações para a equipe foram muito importantes, pois toda a equipe tem se mostrado motivada e interessada pelo projeto e colaborou incansavelmente com disciplina e sabedoria. Além de que, a equipe está trabalhando de forma contínua, planejada e organizada, e este trabalho integrado vem permitindo que possamos ficar mais perto e próximo de nossas comunidades. Em resumo, a intervenção proporcionou maior integração entre os membros da equipe, estabeleceu mais diálogo e vínculo entre equipe e comunidade, melhorou a organização do serviço na UBS e a qualidade da atenção à saúde ofertada aos nossos usuários.

5 Relatório da intervenção para gestores

À Secretária Municipal de Saúde

Os profissionais da UBS Mutirão desenvolveram um projeto de intervenção para a melhoria da qualidade da atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, iniciada no dia 06 de abril e finalizada no dia 25 de junho do ano de 2015 com duração de 12 semanas. Este trabalho é oriundo do curso de Especialização em saúde da Família da UFPEL como requisito para sua finalização.

A UBS tem uma população estimada de 367 usuários com HAS e de 95 usuários portadores de DM. No decorrer da intervenção foram cadastrados e acompanhados 192 usuários com HAS o que representou 52,3% e 69 com DM atingindo 72,6% dos diabéticos. Todas as ações previstas foram realizadas, seguindo os quatros eixos estabelecidos pelo curso, sendo eles: monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica, organização e gestão dos serviços e engajamento público, o que proporcionou melhoria e qualificação dos atendimentos.

O projeto possibilitou muitas mudanças na rotina do serviço e benefícios para a população. Desde o início do trabalho foram realizadas palestras e orientações para todos os usuários acompanhados no programa, o acolhimento dos usuários que procuram atendimento na UBS foi melhorado. Também foi organizado o cuidado começando pela recepção que desenvolveu um papel fundamental no acolhimento, adotamos protocolos de classificação de risco, tarefa esta que era realizada pela técnica de enfermagem, pelo enfermeiro e pelo médico. Foi instituído na UBS, que todos os usuários de 18 anos ou mais que procurassem o serviço na

UBS tivessem sua PA mensurada e registrada em seu prontuário e encaminhada ao médico e enfermeiro para avaliação.

Portanto é possível dizer que por meio da intervenção melhoramos o acolhimento, todos os usuários com 18 anos ou mais que procuraram nossa UBS (consulta, atividades educativas, procedimentos) receberam medição do peso corporal, da altura e da circunferência da cintura, além de ser calculado o IMC e registrado os dados nas fichas e prontuários individuais.

Também identificamos todos os fatores de risco relacionados com estas doenças. Fizemos avaliação das possíveis complicações cardiovasculares, renais e ou cerebrais, além disso, todos os usuários foram monitorados e atualizados seus tratamentos médicos, farmacológicos e não farmacológicos, assim como, foram solicitados todos os exames complementares estabelecidos pelo protocolo do Ministério da Saúde. Os usuários hipertensos avaliados foram examinados clinicamente e foi feita a estratificação de risco cardiovascular, assim como, todos os usuários diabéticos também realizarão avaliação e exames dos pés, medições de glicemia capilar durante as consultas na UBS e durante as visitas domiciliares. A necessidade de atendimento odontológico foi avaliada e todos aqueles que precisavam deste atendimento foram encaminhados ao dentista da equipe. Também realizamos atividades de promoção da saúde e prevenção para diminuir as complicações destas doenças, foram criados os grupos de hipertensos e diabéticos para melhorar seus conhecimentos sobre estas doenças, assim como, ofertar informações visando à sensibilização para o auto cuidado.

É importante destacar que melhoramos a qualidade da atenção clínica aos usuários cadastrados na intervenção, em todos eles foram realizados os exames complementares preconizados pelo Ministério de Saúde, foi priorizada a indicação de medicamentos da Farmácia Popular, melhorou a adesão ao tratamento com o resgate dos faltosos a consulta, foi melhorado o registro mediante uma ficha espelho específica e foram realizaram atividades de promoção e prevenção de saúde visando atender todos os pacientes e comunidade.

Mas para que tudo isto acontecesse contamos com algumas facilidades, dentre estas o apoio da comunidade e dos gestores assim como da prefeitura municipal, também pode ser incluído a motivação da equipe da ESF e sua preparação desde os primeiros momentos, assim como as equipes de apoio como o

NASF e outros que batalharam incansavelmente a fim de alcançar os objetivos e as metas propostas.

Enfrentamos algumas dificuldades, muitas delas vencidas no caminho do decorrer de nossa intervenção. A equipe odontológica se encontra fora da UBS em outro prédio distante de nossa população o que ainda dificulta o acompanhamento dos usuários e o trabalho efetivo da equipe odontológica. Mesmo com esta dificuldade a equipe desenvolveu um excelente trabalho e contou com o apoio da comunidade, pois, todos participaram mesmo considerando a distância. Portanto, esta é uma possibilidade de melhoria que se faz necessária, pois quanto mais perto o serviço estiver da comunidade maior a adesão. Sendo assim contamos com seu apoio Sr. Gestor para que esta situação seja resolvida com a maior brevidade possível.

Além de que, Sr. Gestor, é de seu conhecimento que os problemas de estrutura da UBS dificultam o bom andamento de todas as atividades, e deve ser considerado e discutido a possibilidade de construção de uma nova sede seguindo os padrões de estruturas recomendados pelo Ministério da Saúde. Portanto nos colocamos a disposição para em outro momento estarmos discutindo possibilidades que visam resolver este problema.

Outra sugestão é referente aos serviços especializados, pois mesmo estabelecidas as parcerias com o setor privado para o melhoramento da atenção especializada aos usuários com HAS e DM, considero que podem ser aprofundadas buscando novas especialidades e visando atender outros grupos populacionais também. Ressalto que cito estas dificuldades como crítica construtiva, pois são dificuldades que interferem diretamente no processo de trabalho e necessitam ser repensadas para melhoria do cuidado e satisfação dos profissionais, para conseguirmos mantermos a qualidade da atenção aos HAS e DM bem como para os demais grupos populacionais.

No entanto existem coisas boas e que merecem destaque. Uma delas pode ser atribuída a quantidade de vagas que foram ofertadas para a coleta e realização de exames laboratoriais para estes usuários e população em geral, em todas as UBS do município, assim como, as parcerias feitas com várias clinicas privadas do município para realizar estes exames conveniados pelo SUS, isto foi um grande avanço e somos muito gratos por isto.

São visíveis as melhorias em relação à atenção à saúde dos usuários, e isto nos motiva a aplicar esta mesma metodologia para outros programas, em especial o programa de Saúde do Idoso o qual necessita melhorias. Sabemos que muitos grupos populacionais mesmo não participando da intervenção hoje podem se beneficiar das melhorias oriundas do trabalho da intervenção, sendo o acolhimento uma delas. Mas, para que consigamos continuar ofertando este cuidado com qualidade na UBS bem como melhorar os demais programas do Ministério da Saúde é essencial seu apoio, dos órgãos de apoio da comunidade e de outros setores do município e demais segmentos visando estreitar as parcerias com os prestadores de saúde visando atender a demanda de saúde de nossa população.

No mais gostaríamos mais uma vez de agradecer a atenção da gestão, e que este trabalho possa ter continuidade na UBS contando sempre com o apoio de todos em especial da gestão, pois com isto conseguiremos melhorar gradativamente a atenção aos usuários do programa de atenção à saúde com HAS e/ou DM. Consideramos que houve avanços e melhorias na qualidade dos atendimentos a estes usuários, assim como, na educação em saúde que todos eles precisavam ter sobre suas doenças, na promoção da saúde e prevenção de complicações sendo instituída a corresponsabilidade para com sua saúde e auto cuidado.

Portanto, saiba que pode sempre contar com a gente para a busca de melhorias, e nós também contamos como seu apoio, não somente no que tange a disponibilidade de condições de trabalho como também nos auxiliando na sensibilização da comunidade bem como buscando parcerias junto aos demais setores do município para juntos avançarmos na qualidade de vida e dos serviços de saúde que merecem os Esperantinenses. Muito obrigado!

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Querida comunidade, Boa tarde.

Sou médico do Programa Mais Médicos para o Brasil e no ano passado iniciei um curso de especialização em Saúde da Família pela UFPEL a qual tinha como proposta desenvolver a melhoria do cuidado a grupos populacionais atendidos na UBS. Para que fosse possível melhor conhecer a realidade, durante semanas foi desenvolvido uma análise da situação de saúde da comunidade local bem como da UBS. Com base nisto foi possível constatar que havia a necessidade de melhorar o cuidado ofertado a muitos grupos de saúde em especial aos hipertensos e diabéticos pelo fato de que estas doenças atingem um número muito grande de pessoas e são a causa de muitas complicações como infarto do coração, acidentes vasculares encefálicos, insuficiência renal e outras doenças.

O trabalho teve início no dia 06 de abril e finalizou no dia 25 de junho deste ano com duração de 12 semanas. A nossa UBS tem uma população estimada de 367 usuários com HAS e de 95 usuários portadores de DM. No decorrer da intervenção foram cadastrados e acompanhados 192 usuários com HAS o que representou 52,3% e 69 com DM atingindo 72,6% dos diabéticos. Todas as ações previstas foram realizadas Todas as ações que realizamos foram planejadas e seguidas por um cronograma para melhorar a qualidade dos atendimentos oferecidos, bem como elevar o nível de conhecimento sobre os aspectos mais importantes e relevantes em relação ao controle destas doenças. Todas as ações que realizamos foram muito bem organizadas pela equipe que inicialmente precisou se qualificar para seguir o cuidado recomendado pelo Ministério da Saúde.

Vocês devem ter percebido a mudança no atendimento e quando chegavam à UBS, dávamos palestras antes de começarmos as consultas, implantamos o acolhimento dos usuários que procuram atendimento, modificando o antigo costume de rejeitar os usuários, fizemos melhorias começando pela recepção, adotamos protocolos de classificação de risco, tarefa esta realizada pela técnica de enfermagem, pelo enfermeiro e pelo médico. Foi instituído na UBS, que todos os usuários de 18 anos ou mais tivessem sua pressão arterial mensurada e registrada em seu prontuário e encaminhada ao médico e enfermeiro para avaliação. Pois bem, isto somente foi possível, pois todos vocês tiveram um papel fundamental durante toda a intervenção que foi nos dar apoio e participar das ações ofertadas pela equipe.

Por meio do trabalho que foi feito conseguimos melhorar o acolhimento, todos os usuários com 18 anos ou mais que procuraram nossa UBS (consulta, atividades educativas, procedimentos) receberam medição do peso corporal, da altura e da circunferência da cintura, além de ser calculado o IMC e registrado os dados nas fichas e prontuários individuais.

Também identificamos todos os fatores de risco relacionados com estas doenças. Fizemos avaliação das possíveis complicações cardiovasculares, renais e ou cerebrais, além disso, todos os usuários foram monitorados e atualizados seus tratamentos médicos, assim como, foram solicitados todos os exames complementares estabelecidos pelo protocolo do Ministério da Saúde. Os usuários hipertensos avaliados foram examinados clinicamente e foi feita a estratificação de risco cardiovascular, assim como, todos os usuários diabéticos também realizarão avaliação e exames dos pés, medições de glicemia capilar durante as consultas na UBS e durante as visitas domiciliares. A necessidade de atendimento odontológico foi avaliada e todos aqueles que precisavam deste atendimento foram encaminhados ao dentista da equipe. Também realizamos atividades de promoção da saúde e prevenção para diminuir as complicações destas doenças, foram criados os grupos de pacientes hipertensos e diabéticos para melhorar seus conhecimentos sobre estas doenças, assim como a importância de todos adquirirem hábitos mais saudáveis e de serem corresponsáveis pelo seu autocuidado.

Os principais resultados obtidos foram: melhoramos a qualidade da atenção clínica aos que foram cadastrados na intervenção, foram realizados os exames complementares preconizados pelo Ministério de Saúde, foi priorizada a indicação

de medicamentos da Farmácia Popular, melhorou a adesão ao tratamento com o resgate dos faltosos a consulta, foi melhorado o registro mediante uma ficha espelho e se realizaram atividades de promoção e prevenção de saúde em todos os pacientes do projeto.

Tivemos como principais facilidades para poder realizar este trabalho o apoio de todos vocês da comunidade, bem como o apoio dos gestores e da prefeitura municipal, incluindo é claro a motivação da equipe da ESF e sua preparação desde os primeiros momentos, assim como os órgãos de apoio como o NASF e outros que trabalharam incansavelmente para que todos os objetivos e metas fossem alcançados.

Claro que diante de todos estes avanços também tivemos algumas dificuldades durante esta caminhada, muitas delas vencidas e algumas que ainda devem ser melhoradas. Um aspecto que muito importante e que pode ser mencionado como uma vantagem foi o aumento da quantidade de vagas que foram ofertadas para a coleta e realização de exames laboratoriais, assim como, o vínculo que a gestão municipal e sua equipe conseguiram com várias clínicas privadas do município para fazer estes exames conveniados pelo SUS, pois antes para realizar os exames os pacientes tinham que ir até Teresina capital do estado dificultando o acesso.

A intervenção terminou, no entanto os principais desafios que ficam pela frente estão em manter o trabalho e os resultados obtidos no projeto e poder levar a metodologia utilizada nele em outros programas, com o objetivo de melhorar a saúde de toda a população. Acredito também que é um desafio o trabalho de apoio da comunidade e de outros setores que não são saúde para solucionar os problemas de saúde de nossa comunidade. A nossa equipe sozinha não pode resolver os problemas de saúde, a comunidade organizada e toda a sociedade são fundamentais para poder chegar a concluir este projeto e todos os desafios que temos pela frente.

No entanto para que consigamos continuar avançando na melhoria da saúde é muito importante à participação e colaboração de vocês, ajudando a divulgar na comunidade, junto ao Conselho Local de Saúde, a continuidade do trabalho. Pois é muito importante que os usuários continuem com seus acompanhamentos, bem como que sejam repercutidas boas práticas para as novas gerações quanto a importância da prevenção destes agravos e maneiras de se prevenir isto. A

intervenção já está incorporada a rotina de serviços da UBS e pretendemos aplicar o mesmo método de trabalho em outros programas de saúde para também melhorar a qualidade dos mesmos.

Portanto, para que isto seja possível, contamos com o apoio de vocês não somente para continuarmos a melhorar os indicadores relacionados ao atendimento de pacientes com hipertensão arterial e diabetes mellitus, como também, a saúde e qualidade de vida de toda nossa comunidade.

Obrigado pela participação!

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O projeto que desenvolvi para melhorar a qualidade da atenção aos usuários com HAS e DM com a metodologia da UFPel foi muito importante para minha aprendizagem pessoal. Eu já tinha conhecimentos de como funcionava a educação a distância, mais ainda não tinha participado dela como ente ativo.

Agora posso dizer que adquiri uma nova experiência de estudo, tive a oportunidade de ser orientado e ajudado por uma orientadora capacitada profissionalmente neste tipo de ensino, com muita paciência e habilidade para me incentivar a estar sempre disposto a continuar com o desenvolvimento da especialização. Ela sempre esteve presente e pronta para me ajudar e para corrigir meus erros na língua portuguesa e referente à metodologia, com muito amor, dedicação, profissionalismo e entrega, sempre ensinando, aconselhando e fazendo um enorme esforço para que nada atrapalhasse o desenvolvimento de nossa especialização, assim como, apagando todas as adversidades e dificuldades encontradas ao longo do caminho deste curso. Além disto, aprendi a participar dos importantes e movimentados fóruns com os outros colegas do curso e os professores e orientadores, debatendo as dúvidas e compartilhando nossas experiências durante o dia de nosso trabalho aqui no Brasil.

Gostei dos casos clínicos interativos os quais foram uma nova forma de aprendizagem para mim, já que faziam referência a doenças e problemas de saúde, frequentes em nossos usuários, assim como, investigações científicas e conhecimentos sobre as patologias, pois estas informações e considerações são atualizadas. Assim, fui conhecendo melhor esta metodologia de aprendizagem que é o ensino a distância, foi possível aperfeiçoar meus conhecimentos sobre a

informática e a navegação pela internet. Muitas dificuldades foram encontradas e enfrentadas durante este longo caminho percorrido, mas a vontade de vencer nunca faltou. Assim, 100% das minhas expectativas em relação ao curso de especialização foram cumpridas; os desafios possibilitaram aprendizagens únicas, e me fazem acreditar que sempre há uma alternativa para mudar, melhorar, lutar e vencer.

Depois da intervenção houve maior organização e engajamento na equipe de saúde, assim como, houve uma grande e perceptível melhoria na qualidade dos atendimentos oferecidos a nossos usuários e pacientes em geral, a equipe ficou mais unida, alegre e encontra-se trabalhando com mais e melhor qualidade no desenvolvimento de ações de prevenção de doenças preveníveis, na promoção de saúde e na educação permanente e continuada à população para um melhor cuidado de sua própria saúde.

Em nossa UBS melhorou muito o entusiasmo no trabalho, se respira um melhor ambiente de paz, união, amizade e responsabilidade, existe um melhor ambiente, boa vontade para desempenhar as funções e desafios que surgem, há mais responsabilidade pelo trabalho a realizar e em relação ao desenvolvimento dos atendimentos e consultas na UBS e durante as visitas domiciliares. Tem sido agendadas de forma regular todas as consultas dos usuários dos diferentes programas acompanhados em nossa unidade. A equipe e particularmente eu gostamos muito deste curso e do projeto de intervenção, pois graças a ele conhecemos os protocolos preconizados e estabelecidos pelo Ministério da Saúde vigentes na atenção básica, assim como foram identificadas algumas deficiências nestes programas durante nosso atuar na unidade de saúde, e as possibilidades de melhorias, estamos conseguindo ajustar e superar todas elas, assim como conseguimos conhecer a verdadeira realidade de nossa comunidade, seus costumes, culturas, para assim poder fazer modificações em seu estilo de vida, com o objetivo de melhorar sua saúde, além de que nos possibilitou ficar mais perto deles, interagir e agir junto com eles no dia a dia. Todos nós aprendemos a trabalhar com entusiasmo, unidos, organizados e com uma comunicação perfeita entre todos os membros da equipe, pois na união está a força e só vence quem luta unido.

O curso proporcionou a possibilidade de conhecer a ferramenta necessária para identificar os problemas de saúde que afeta a população de minha área de abrangência por meio da análise situacional, bem como atualizar meus

conhecimentos clínicos e práticos sobre atenção básica do Brasil para assim poder atingir o impacto desejado na comunidade. Além disso, possibilitou o desenvolvimento de nossa estratégia de intervenção de forma organizada, planejada com a intenção e os objetivos de cadastrar e avaliar a todos nossos usuários do programa de atenção à saúde com HAS e DM , assim como monitorando todos eles durante suas consultas regulares e de retorno, contribuindo para que possamos fazer saúde embasada na realidade das comunidades e suas necessidades mais sentidas e prioritárias. Agora já estou mais preparado para identificar os problemas de saúde da comunidade Brasileira e traçar e planejar estratégias objetivas de trabalho com o objetivo de dar soluções adequadas e duradoras.

O curso me possibilitou o conhecimento de uma nova metodologia de trabalho a qual venho aplicando diariamente sendo possível melhorar a qualidade dos atendimentos em outros programas de saúde e isto já está sendo perceptível.

Neste curso uma das aprendizagens mais relevantes foram os casos clínicos já que muitos deles chegam a nossa UBS, outra coisa foi o projeto de intervenção que nos ensinou que para realizar uma intervenção devemos trabalhar por etapas: Monitoramento e avaliação, organizações e gestão do serviço, engajamento público, e qualificação da prática clínica, para poder realizar diagnóstico integral sobre uma base epidemiológica-científica, que nos permita conseguir atingir metas e objetivos desejados em função de oferecer atendimentos e acompanhamentos de qualidade a todos nossos usuários, com a finalidade de melhorar a saúde do povo brasileiro, que é nosso principal objetivo aqui neste programa e constitui nosso compromisso com a equipe de saúde desta UBS.

Posso resumir dizendo que aprendi uma metodologia nova, de grande impacto para a saúde das pessoas, com uma equipe de professores profissionais e melhorei o domínio do português, a minha preparação Profissional e humana.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica.** (Cadernos de Atenção Básica n. 36). Brasília - DF, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus.** (Cadernos de Atenção Básica n. 37). Brasília – DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde.** Brasília – DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica.**(Cadernos de Atenção Básica, n.28, v. 2) Brasília - DF, 2012.

BRASIL. Ministério da saúde. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais.** (Cadernos de Atenção Básica, n. 14.). Brasília – DF, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese das Informações – Esperantina – PI.** Disponível em <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>, acesso em 29 de setembro 2014.

Referências Complementares

ALENCAR, Y. M. G.; CARVALHO, E. T.; PASCHOAL, S. M. P.; CURIATI, J. A. E.; PING, W. C.; LITVOC, J. Fatores de risco para aterosclerose em uma população idosa ambulatorial na cidade de São Paulo. Arq. Bras. Cardiol. 2000; 74(3):181-8.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standarsof Medical Care in Diabetes. Diabetes Care.** Alexandria, v. 36, n. suppl. 1, Jan. 2013.

ALVES, C. *et al.* **Atendimento Odontológico do Paciente com Diabetes Melito: Recomendações para a Prática Clínica.** Revista de Ciências Médicas e Biológicas, Salvador, 2006, v. 5, n. 2, p. 97-110, maio/ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.** Brasília - DF, 2001.

DONABEDIAN, A. **Evaluationthequalityof medical care.** Milbank Q. 1966; 44:166.

DONABEDIAN, A. **Thequalityofcare. Howcan it beassessed?** Journalofthe American Medical Association 1988; 260(12): 1743---8.

FERREIRA, C. L. R. A.; FERREIRA, M. G. **Características epidemiológicas de pacientes diabéticos da rede pública de saúde: análise a partir do sistema HiperDia.** Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia, v. 53, n. 1, p. 80-86, 2009. Doi: <10.1590/S0004-27302009000100012>

JOBIM, E. F. C. **Hipertensão arterial no idoso: classificação e peculiaridades.** Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica, São Paulo, v. 6, n. 6, p. 250-253, nov./dez. 2008.

KIKUYA, M. *et al.* **Diagnostic thres holds for ambulatory blood pressure monitoring based on 10 year cardiovascular risk.** Circulation, Baltimore, v. 115, n. 16, p. 2145-2152, apr. 2007.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade: estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde.** Brasília: Organização Panamericana de Saúde, 2003.

PEREIRA, M. G. Epidemiologia, teoria e prática. **Serviços de saúde: marco de referência para estudo do tema.** Rio de Janeiro: Guanabara - Koogan, 1995.

SAMICO, I; FELISBERTO, E; FIGUEIRÓ, A.C.; FRIAS, P.G. **Avaliação em Saúde. Bases Conceituais e Operacionais: Atributos da Qualidade em Saúde.** Rio de Janeiro: MedBook, 2010.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia.** São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

SCHMIDT, M. I. et al. **Doenças Crônicas não transmissíveis no Brasil: mortalidade, morbidade e fatores de risco.** In: BRASIL, Ministério da Saúde Departamento de Análise de Situação de Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2009: Uma análise da situação de saúde e da Agenda Nacional e Internacional de Prioridades em Saúde. Brasília: 2010.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A.M. **Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema.** Texto contexto - enferm. 2007; 16 (2):233-8.

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 Srª

Profª Ana Cláudia Gastal 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
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B- Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																			
Indicadores para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
1																			
2																			
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8																			
9																			
10																			
11																			
12																			
13																			
14																			
15																			
16																			
17																			
18																			
19																			
20																			
21																			
22																			
23																			

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)		➔	Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACSISF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)		➔	Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACSISF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES
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 de acompanhamento.					
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					Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

*Estimativa no território

População total		➔	Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da popul)	0		
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	0	➔	Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	0	➔	Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

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