

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 9



**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HAS E DM NA UBS
CONTENDAS, COCAL/PI**

JOEL GARCÍA NÚNEZ

Pelotas, 2016

JOEL GARCÍA NÚNEZ

**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO E
DIABETES NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE CONTENDAS, COCAL/PI**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Programa de Pós-
Graduação em Saúde da Família EaD da
Universidade Federal de Pelotas, como
requisito parcial à obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Cristina Dutra Ribeiro

Pelotas, 2016

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

N972m Nunez, Joel Garcia

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão e Diabetes na Unidade Básica de Saúde Contendas, Cocal/PI / Joel Garcia Nunez; Cristina Dutra Ribeiro, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

135 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Ribeiro, Cristina Dutra, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

A Deus por me proporcionar grandes oportunidades em minha vida.

A minha família, a minha esposa e minha filha pelo incentivo ao trabalho e aos estudos.

A minha orientadora pelo auxílio e dedicação constante e sem limite.

A equipe da Secretaria Municipal de Saúde pelas orientações e preocupações.

Aos meus colegas pela cumplicidade.

A equipe da UBS Contendas pela recepção calorosa e pelos ótimos momentos de trabalho compartilhados.

E a todos que, de alguma maneira, contribuíram para realização deste trabalho.

Lista de Figuras

Figura 1	Imagem da realização de um encontro de grupo.	2
Figura 2	Imagem de uma visita domiciliar.	3
Figura 3	Imagem da equipe de saúde.	5
Figura 4	Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade básica de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.	7
Figura 5	Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.	8
Figura 6	Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.	2
Figura 7	Proporção de usuários com HAS e DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.	3
Figura 8	Proporção de usuários com HAS e DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.	5
Figura 9	Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.	6
Figura 10	Proporção de pessoas com diabete com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.	7
Figura 11	Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.	8
Figura 12	Proporção de pessoas com diabete com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.	9
Figura 13	Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às	

	consultas com busca ativa na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.	01
Figura 14	Proporção de pessoas com diabetes faltosos às consultas com busca ativa na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.	02
Figura 15	Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.	03
Figura 16	Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.	04
Figura 17	Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.	05
Figura 18	Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.	06

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CAP	Cadernos de Ações Programáticas
CLS	Conselho Local de Saúde
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMMB	Programa Mais Médico do Brasil
SAMU	Sistema de Atenção Médica de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação.....	9
1 Análise Situacional.....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	31
2 Análise Estratégica	33
2.1 Justificativa	33
2.2 Objetivos e metas	35
2.3 Metodologia	37
2.3.1 Detalhamento das ações	38
2.3.2 Indicadores	64
2.3.3 Logística	69
2.3.4 Cronograma.....	72
3 Relatório da Intervenção.....	73
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	73
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	80
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	81
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	81
4 Avaliação da intervenção.....	83
4.1 Resultados.....	83
4.2 Discussão	108
5 Relatório da intervenção para gestores.....	10820
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	119
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	122
8 Referências.....	125
Apêndices	Erro! Indicador não definido.
Anexos.....	131

Resumo

GARCIA, Joel Nunez. **Melhoria da atenção aos usuários com HAS e DM na UBS Contendas, Cocal/PI.** 2016. 134f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, são cada vez mais prevalentes e, constituem-se fatores de risco para doenças cardiovasculares, para o controle dessas patologias é necessário que população seja esclarecida a cerca de mudanças no estilo de vida e adesão medicamentosa, logo é imprescindível que esses usuários frequentem as Unidades Básicas de Saúde. O objetivo desta intervenção foi melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS Contendas em Cocal/PI. Foi realizada em doze semanas e as ações foram organizadas nos quatro eixos pedagógicos do curso: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. A população alvo de nosso trabalho estava constituída por 479 usuários com hipertensão arterial sistêmica e 118 usuários com diabetes mellitus. As metas propostas para a cobertura foram de 100% dos usuários com HAS e DM que se encontravam cadastrados na Unidade Básica de Saúde. Foram cadastrados 435 (90,8%) usuários com hipertensão e 115 (97,5%) com diabetes. Destes 96 (22,1%) com hipertensão e 24 (20,9%) com diabetes estavam com exames complementares em dia, 381 (87,6%) com hipertensão e 95 (82,6%) com diabetes utilizavam medicamentos da farmácia popular, todos os cadastrados (100%) tiveram avaliação de necessidade de atendimento odontológico, os faltosos as consultas tiveram busca ativa, estavam com registros atualizados, tiveram estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, receberam orientação nutricional, sobre a prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal. Devido os bons resultados obtidos em curto período, tentamos motivar a equipe e a população a manter as melhorias obtidas e, ampliar ainda mais a cobertura e qualidade do serviço. Igualmente, esperamos que a gestão valorize e fortaleça esse trabalho, dando condições para sua continuidade.

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

Apresentação

O presente trabalho de conclusão de curso em Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS (UNASUS)/ Universidade Federal de Pelotas (UFPel), é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso. A intervenção desenvolvida no decorrer da Turma 9 foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Contendas, localizada na zona rural do município de Cocal/PI.

A intervenção, que deu origem a este trabalho, visou melhorar a atenção em saúde dos usuários que possuíam HAS e DM. Este trabalho é o relato do processo, sendo composto pelo Relatório de Análise Situacional da UBS Contendas. Na segunda seção será descrita a Análise Estratégica, abordando a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma do projeto de intervenção. A terceira seção traz o relatório da intervenção; na quarta seção será descrita a avaliação da intervenção, na qual serão apresentados os resultados, a discussão. Na quinta seção o relatório aos gestores, na sexta o relatório para a comunidade. E na última seção aborda a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por fim, temos a bibliografia usada no trabalho, apêndice e os anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde Contendas, onde atuo foi reinaugurada no dia 13 de fevereiro de 2015, depois de uma ampla reforma feita pela prefeitura do município. Na inauguração contamos com a presença da comunidade da área de abrangência da UBS, representantes da prefeitura e Secretaria Municipal de Saúde (SMS), bem como todos os membros da equipe que atuariam na unidade. Isto constituiu um sonho da população do território que tinham uma esperança de ter um melhor atendimento, de ter uma UBS com os requerimentos mínimos para sentir-se confortáveis e sobre todas as coisas de ter uma equipe estável aonde eles podiam ir e falar seus problemas, seus inquietudes de forma que não existe-se barreiras que interromperam o acesso ao SUS.

A nova estrutura da unidade conta com um consultório médico um consultório odontológico, uma sala de curativo, uma sala de acolhimento, uma sala de enfermagem, uma recepção, sala de vacina, copa e banheiros. A UBS possui estrutura apropriada para atender toda a demanda da população.

A UBS está localizada no coração do interior das Contendas e é considerada zona rural do município. Tem uma população aproximadamente de 3150 habitantes, distribuída em vários assentamentos que ficam perto da UBS como: Contendas, Juazeiro, Jacaré, Jacarandá e Albino.

A equipe está composta por um médico (clínico geral), uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, sete Agentes Comunitários de Saúde. Temos apoio do dentista, fisioterapeuta, psicóloga e assistente social que são do NASF

Na nossa rotina de atendimento verificamos patologias que se destacam mais frequentemente como a Hipertensão Arterial (HAS), a Diabetes Mellitus (DM), a Hipercolesteronemia, entre outras.

A equipe esta trabalhando na identificação e busca ativa de um maior número de usuários com HAS e DM, asmáticos, epiléticos, pois os dados que possuímos registrados são muito inferiores aos estimados pelo Ministério da Saúde (MS).

Apesar de a UBS ter uma estrutura nova ainda temos vários problemas como a existência de salas que ainda não funcionam, por exemplo, a sala de vacinas que não se encontra dentro dos padrões recomendados pelo Ministério da Saúde; na sala de atendimento odontológico falta todo o material necessário para seu funcionamento desde a cadeira, instrumental e material básico de atendimento; o dispensário de medicamento não funciona por falta de medicamentos e falta de responsáveis por esta parte.

Os problemas anteriormente mencionados não são da competência da equipe para ser resolvidos, mas a equipe pode exigir o cumprimento através da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) que é quem tem os recursos financeiros necessários.

O acolhimento é feito por duas técnicas em enfermagem e pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), aproveitando o espaço para fazer palestras onde participam especialistas em nutrição, fisioterapeutas, psicólogos, odontólogo, entre outros. A frequência é de cinco palestras por mês, uma em cada assentamento de acordo com o cronograma de atividades mensal.

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta muitos problemas administrativos para prestar atendimento para a realização de exames em geral. A população tem que marcar na SMS do município e muitas vezes ficam sem vagas, além disso que tem que ir para outra cidade que fica a uma hora daqui.

A UBS pode ter muitas dificuldades materiais, mas existe o principal recurso que é o humano, com muitos desejos de trabalhar pelo bem da comunidade e dar atenção de qualidade para melhora os indicadores de saúde de nossa população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Cocal, no qual estou alocado, está localizado na região norte do estado do Piauí, tem uma população aproximada de 30.000 habitantes, distribuídos em 23 assentamentos comunitários, que são atendidos por 14 UBS, das quais cinco são urbanas e o resto, nove são rurais e todas possuem Estratégia de Saúde da Família (ESF). Destas foram construídas cinco novas UBS, em áreas rurais de difícil acesso, e quatro foram reformadas pela prefeitura, também possui dois Núcleos de Apoio Saúde da Família (NASF), fazendo parte quatro

fisioterapeutas, dois nutricionistas, duas psicólogas, quatro educadores físicos, somando um total de 12 profissionais; um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), um serviço hospitalar com Sistema de Atenção Médica de Urgência (SAMU) e dois laboratórios particulares, os quais não tem convenio com o SUS, para a realização de exames complementares. Não temos disponibilidade de atenção especializada sendo que os usuários têm que ir para outra cidade. O município conta com duas farmácias populares onde os medicamentos são distribuídos de forma gratuita para a população em geral.

Também é importante informar que o município tem apenas duas cadeiras odontológicas para a atenção desta especialidade aos usuários do SUS.

A equipe de gestores do município, possui capacidade resolutiva para dar resposta as necessidades da população e são acessíveis as críticas que permitam a melhora da gestão e atenção aos usuários.

A UBS Contendas está situada na área rural do município e seu vínculo com o SUS é através do Programa Mais Médico do Brasil (PMMB) com o modelo de atenção da ESF, existindo vínculo com os quatros colégios de ensino fundamental que existem na área de abrangência da UBS, sendo que não possuímos vínculo com instituições de ensino superior. Na UBS possuímos uma equipe de ESF e está composta por um médico (clínico geral), uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, sete ACS, um dentista (que atua na zona urbana, por não possuir instrumental e insumos para sua atuação), um fisioterapeuta, uma psicóloga e uma assistente social, pertencendo estes três profissionais ao NASF.

Um dos aspectos relevantes da nossa equipe para o desenvolvimento adequado de nossas atividades é a busca e necessidade de uma melhor relação com as escolas que estão inseridas na nossa área de abrangência, com as organizações comunitárias e com os gestores municipais a fim de pactuarmos projetos a fim de melhorar a atenção de saúde da população. Pois, trabalhar com integralidade é um dos princípios que devem caracterizar nossos processos para alcançar indicadores de saúde que permitam a avaliação de qualidade dos serviços de saúde.

A UBS foi reinaugurada no dia 13 de fevereiro de 2015, depois de uma ampla reforma. Temos um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de curativo, uma sala de acolhimento, uma sala de enfermagem, uma recepção para aproximadamente 20 usuários, uma sala de vacina, uma sala para copa, farmácia e

cinco banheiros, um no consultório médico, outro no da enfermeira, um na sala do odontólogo e dois para os usuários, dos quais um está adaptado para deficientes.

As salas estão de acordo com os padrões do MS, mas temos salas ainda não equipadas como a sala de medicamento e odontológica.

A UBS possui uma rampa, uma escada sem corrimãos, calçadas e letreiros indicativos das diferentes salas que compõem a UBS. Dessa forma considero que a unidade possui estrutura apropriada para atender a demanda da população.

As principais deficiências da UBS estão relacionadas com os recursos e materiais que ainda não foram resolvidas e que atrapalham nosso trabalho entre as que podemos mencionar: falta de cadeira odontológica e todos os recursos para a prestação do serviço de odontologia falta do equipamento para a esterilização falta de reestruturação na UBS para criar uma sala de vacina, falta de instrumentais, insumos para os procedimentos básicos, falta de móveis necessários nas salas de reunião, acolhimento e recepção.

Outro problema é que não existe um sistema de manutenção e reposição de equipamentos, instrumentos e mobiliário, ou seja, qualquer perda tem que esperar que seja feita a compra pela SMS, que muitas vezes leva muito tempo, pois são gastos altos.

Também existe a necessidade de promover melhorias nos equipamentos e instrumentos de comunicação, informação e informática, pois não temos acesso a internet dificultando a atualização de dados, a realização de pesquisas e muitos outros procedimentos que são básicos no sistema de informação da UBS com o MS como o preenchimento de prontuário eletrônico, cadastramento de usuários, digitação de documentos, etc.

Nossa equipe tem que continuar desenvolvendo atividades que elevem o nível de conhecimento que tem a população sobre a saúde, além de que devemos exigir a secretaria de saúde do município pelo cumprimento dos padrões que tem as UBS, solicitados pelo MS, nossa governabilidade está precisamente nisso, em comunicar as deficiências, limitações e insatisfações que existem no nosso trabalho.

Achamos que é possível resolver todas estas deficiências e limitações com a vontade de todos os atores que participamos na melhoria da saúde desde os líderes das comunidades organizadas até os vereadores, secretários da prefeitura e prefeito.

Dentro das atribuições dos membros da equipe comentaremos de forma sucinta do cada membro. A enfermeira realiza atenção à saúde aos indivíduos e famílias cadastradas; realiza consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, solicita exames complementares, prescreve medicações e encaminha, quando necessário; realiza atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe; contribui, participa, e realiza atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe e participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Das atribuições do técnico de enfermagem são algumas das descritas anteriormente com maior ênfase na participação das atividades de atenção realizando procedimentos regulamentados no exercício de sua profissão na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc) e realizar ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe.

As relacionadas com o médico podemos citar, realização da atenção a saúde aos indivíduos sob sua responsabilidade; realização das consultas clínicas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações etc); realização das atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; encaminhar, quando necessário, usuários a outros pontos de atenção, respeitando fluxos locais; indicação de forma compartilhada com outros pontos de atenção, a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar; contribuição, realização e participação das atividades de Educação Permanente de todos os membros da equipe; e participação do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da USB.

Dos ACS podemos referir, trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida; cadastrar todas as pessoas de sua microárea e manter os cadastros atualizados; orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis; realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea; acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade; desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS; desenvolver atividades de promoção da saúde,

de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde; e estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças, e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde.

Os aspectos positivos relacionados com as atribuições da equipe podemos destacar que nossa área de abrangência não tinha Conselho Local de Saúde (CLS), sendo criado e facilitando sua implementação e funcionamento dos mesmos em cada um dos assentamentos. Através do funcionamento adequado deste CLS se alcançou que todos os cidadãos tenham direito ao acesso às ações e aos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde promovida pelo SUS, contendo nos primeiros princípios da Carta dos direitos dos usuários da saúde.

Nossa equipe participa do processo de territorialização e mapeamento da nossa área de atuação, só que é a enfermeira chefe a que participa junto com os ACS, o seja, que é feita por eles, sendo uma responsabilidade de todos porque são atribuições comuns a todos os profissionais identificando os grupos, famílias, indivíduos expostos a riscos e de grupos de agravos.

Quanto as necessidades e limitações para garantir princípios fundamentais de universalidade, integralidade e equidade do SUS para que a nossa comunidade tenha uma atenção de qualidade está a implementação de laboratórios no município com convênio com o SUS, sendo que a nossa governabilidade está apenas em mostrar a necessidade da prestação desse serviço, sendo que o MS juntamente com o governo estadual e municipal podem resolver esta questão através de contratos com laboratórios particulares para que os exames sejam feitos pelo SUS.

O município ainda não tem especialistas para o atendimento das gestantes, crianças e idosos de alto risco, limitando que tenham acesso a uma atenção de qualidade, sendo que para receber esta atenção os usuários precisam ir até o município vizinho. Estas questões também podem ser resolvidas com a vontade dos gestores e políticos da região.

O cadastramento da população faz parte das atribuições dos ACS e enfermeira, sendo que a atualização é outro problema que tem nossa equipe porque é muito difícil ter atualizada uma população que muda muito e que está muito dispersa, onde ainda tem lugares que nossa equipe consegue chegar e nestas áreas trabalhamos com uma população aproximada.

No processo de acompanhar e avaliar sistematicamente as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho, atribuições comuns dos membros da equipe, a equipe não tem uma adequada participação porque muitas vezes as atuações ocorrem de acordo com a demanda.

A qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica não está adequada porque ainda não temos um sistema eletrônico na UBS que dê suporte ao sistema de informação estatístico. Nossa sugestão é realizar parcerias com as escolas que tem conectividade com internet e poder acessar de forma diária ao sistema.

Das atribuições específicas do médico, encontramos dificuldades em realizar pequenos procedimentos cirúrgicos porque a UBS não tem equipamento nem insumos como já estamos sabendo desde o início da especialização. Nossa proposta é que se utilize como uma alternativa a redistribuição destes recursos no município, fazendo um diagnóstico do lugar onde estão estes e sua viabilidade nos pontos onde estão situados, ou seja, fazer uma distribuição organizada e regionalizada e divulgar para o conhecimento da população como fica para um adequado fluxo.

As demais atribuições dos membros da equipe são realizadas de forma sistemática, periódica e controlada, conseguindo atender de forma planejada cada uma destas para que nossa população se sinta bem atendida e poder cumprir com os princípios do SUS.

De forma geral tudo isto tem contribuído para um impacto positivo em nossa população porque está muito melhor assistida, informada e sentem que os serviços de saúde estão perto deles, coisa que antigamente não acontecia. Sabemos que ainda faltam muitas coisas que devem ser resolvidas e que no futuro serão atendidas.

Outras alternativas que sugerimos para mudar estas deficiências ou aspectos negativos que mencionamos anteriormente é conhecer nossa população e fazer com que confiem no nosso trabalho em equipe, também considero que a exigência no trabalho é uma das formas de governabilidade que a equipe deve desenvolver para cumprir com as portarias que estão descritas pelo MS e que não podem ficar só numa folha, a avaliação e seguimento nas reuniões da equipe, o cumprimento ou não das nossas atribuições é a qualificação mais importante que a equipe deve assumir.

A população adstrita em nossa UBS é de aproximadamente 3150 habitantes, distribuídos por faixas etárias temos menores de um ano 38 crianças, menores de 5 anos 86 crianças, e de 5 a 14 anos temos 571 crianças; já entre 15 e 59 anos contamos com 1959 usuários e com mais de 60 anos 321 pessoas segundo CAP. Podemos observar que a maior parte da população se encontra na faixa etária de 15 a 59 anos de idade o que representa 62,1% da população, correspondendo a uma pirâmide que está envelhecendo, sendo um comportamento parecido à toda a região do nordeste e do país. Esta tendência ao envelhecimento pode ter causas multifatoriais como o uso de anticonceptivos orais e sistêmicos, situação econômica difícil que motivam a um planejamento familiar levando a uma diminuição da natalidade.

Consideramos a população da nossa área de abrangência está de acordo com os padrões estipulados pelo MS, facilitando o cumprimento da atenção à saúde da população, pois conseguimos planejar melhor nossas ações para a área de cobertura, dentre elas destacamos que estão os atendimentos planejados pelo cronograma de cada mês e também atender a demanda espontânea, também trabalhamos com consultas agendadas e visita domiciliar para aquelas pessoas que precisam de nossos serviços e que são grupos prioritários.

Nossa equipe não mantém uma programação fixa consultas segundo categorias ou grupos, pois estas podem variar a depender das outras ofertas de cuidado e de mudanças na situação epidemiológica. Reservar consultas para gestantes, idosos, adolescentes não necessariamente significa que, em determinado dia ou turno, apenas eles serão atendidos, independentemente da possibilidade de ida no horário e da existência de vagas não preenchidas (isso pode burocratizar o serviço, além de diminuir o acesso).

O planejamento e organização da agenda são importantes, assim como também é necessário o esforço para diminuir o tempo de espera para atendimento individual, sendo necessário, para isso, avaliar constantemente a agenda.

Outras estratégias são o incremento das palestras, para elevar a educação em saúde da população e assim diminuir riscos e doenças crônicas não transmissíveis. Estas palestras podem demorar aproximadamente de 30 – 45 minutos e ao concluir nossa intervenção se da participação aos usuários que podem fazer questões sobre o tema tratado, tem iniciativas como, por exemplo, a nutricionista leva alimentos que fazem parte de uma dieta balanceada e que é

degustada ao final da atividade pelos participantes. Se dentro da atividade aparece qualquer doença aguda é atendida de imediato pelo médico e enfermeira e isso não afeta nem a atividade e nem o atendimento.

Nosso acolhimento é feito num local que está preparado para realizar o acolhimento e o mesmo é feito por todos os membros da equipe, também pode ser feito em outra sala como a sala de recepção. Quando se trata de um atendimento de Hipertensão onde estão usuários com diferentes doenças crônicas é aproveitado o espaço para fazer ações de promoção e prevenção de saúde tendo participação ativa todos os profissionais da equipe e outros que são convidados como é nutricionista, psicologista e fisioterapeuta.

A equipe conhece como deve ser direcionada qualquer pessoa que precise dos serviços de saúde e orienta como deve ser feito seu atendimento procurando sempre dar satisfação para nossos usuários tendo em conta que a escuta é uma prioridade para prestar um serviço de qualidade. No nosso acolhimento não existe burocracia as pessoas que procuram nossos serviços, para nós o usuário é nosso objetivo e pelo qual trabalhamos. Dessa forma o acolhimento é o ponto de partida para a equipe na organização do trabalho na UBS, que pode ser ajustado, adaptado, enriquecido considerando nossas particularidades de modo que facilite o acesso, a escuta qualificada e o atendimento a necessidades de saúde com equidade.

Neste sentido nossa equipe não assume numa modelagem de acolhimento e realiza o acolhimento como foi explicado anteriormente pelo que apoia a invenção e experimentação de várias modelagens na equipe.

Pelo que é necessário que haja solidariedade entre trabalhadores e usuários: que os trabalhadores compreendam as angústias e os diferentes critérios de urgência construídos legitimamente por parte dos usuários; que os usuários compreendam o esforço dos trabalhadores em organizar o acesso de modo a garantir a melhor qualidade no cuidado a todos. Esta relação solidária com usuários e entre trabalhadores, entretanto, está condicionada à maneira como todos estão participando da gestão da unidade, sendo o modo como se dá o acesso apenas mais uma das dimensões desta relação maior.

É necessário o empenho de trabalhadores e gestores da saúde, na construção de novas práticas direcionadas à saúde integral da criança, com uma organização dos serviços de saúde estruturada a partir de um processo efetivo de educação permanente.

Aos gestores e aos profissionais de saúde que atuam diretamente com a criança, cabe a sensibilização sobre as prioridades dentro de suas agendas, como também o planejamento e a implementação de ações efetivas que estejam dentro das necessidades de saúde da população infantil.

As ações de atenção à saúde da criança estão estruturadas de forma programática segundo os padrões do MS assim como também o serviço que se adota é através do protocolo ditado pelo MS.

O número estimado de crianças menores de um ano de acordo com o Caderno de Ações Programáticas (CAP) residentes em nossa área é de 47 crianças, mas temos cadastradas 38 crianças o que representa o 81% do universo estimado.

O número de crianças com consultas em dia de acordo com o protocolo do MS são 36 (95%). Com teste do pezinho até sete dias, primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, monitoramento do desenvolvimento na última consulta, vacinas em dia, orientação para aleitamento materno exclusivo e orientação para prevenção de acidentes teremos 38 representando 100% do nosso universo de cadastrados.

Os demais indicadores não tem um adequado comportamento como número de crianças com triagem auditiva teremos 33 (87%) e avaliação de saúde bucal onde 14 (37%) estão avaliados.

Isso implica que a avaliação à saúde da criança na Atenção Primária de Saúde (APS) precisa ser complementada por estudos que ofereçam a oportunidade para dar voz e permitir a reflexão também dos profissionais de saúde que atuam junto à criança e que, de perto, vivenciam o cotidiano do trabalho na UBS com suas potencialidades e/ou dificuldades.

Incrementar a participação paterna em todas as fases de desenvolvimento da criança é um elemento importante para o seu crescimento saudável, pois representa um relevante fator protetivo para a saúde de todos os envolvidos. Geralmente, em nosso serviço de saúde, observa-se ainda um baixo engajamento dos pais nas decisões e ações relacionadas à saúde infantil. Por esse motivo, nosso serviço pode e deve criar estratégias criativas que objetivem ampliar a participação e a responsabilização paterna na promoção do crescimento saudável das crianças.

Nossa equipe deve em todas as visitas domiciliares e consultas agendadas, saber identificar sinais de perigo à saúde da criança e também orientar os pais na

detecção destes sinais de perigo. Acho que nas capacitações que realiza a equipe este é um dos temas que há que reforçar e atualizar.

Durante nosso processo de trabalho contamos com um prontuário onde refletimos a avaliação sistemática da criança, realizando monitoramento regular das ações como, altura e o peso e aonde devemos consolidar a orientação nutricional em crianças menores de dois anos através dos dez passos para uma alimentação saudável para crianças menores de três anos. Também orientamos quanto ao Aleitamento Materno exclusivo até os seis meses; alimentação complementar após os seis meses, prevenção de acidentes de acordo com a faixa etária; avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor, e também esclarecemos dúvidas e dificuldades da mãe e de outros membros da família que participam das consultas.

A equipe deve continuar estimulando ações que atuem sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença e promovam qualidade de vida que são fundamentais para a melhoria da saúde das crianças e o controle das doenças e dos agravos.

Para o controle adequado da puericultura, nossa equipe demanda de mudanças nos serviços de saúde (serviço odontológico), dos processos de trabalho e também articulação intersetorial, com alguns setores públicos, como por exemplo, as escolas, a delegacia de polícia e sociedade.

À adesão da população quanto algumas ações propostas pela equipe estão sendo bem acolhida e existe satisfação, pois melhoramos a qualidade da atenção à saúde da criança, entre as quais podemos citar a organização e adequado funcionamento das consultas, o acolhimento dos atendimentos, estabilidade dos serviços de saúde, etc.

A qualidade dos registros também vem melhorando, pois está sendo feita regularmente e mantendo o monitoramento sistemático das ações realizadas pela equipe.

Em relação ao pré-natal nossa equipe tem que incrementar a estimulação para uma gravidez planejada, pois em muitas ocasiões as grávidas não estão preparadas para algo tão importante como é assumir uma gravidez responsável e sem doenças que podem vir a complicar a gestação, além de que muitas ainda são muito jovens e nos preocupa, pois a gravidez na adolescência aumenta o risco de complicações durante a gestação.

Outra dificuldade enfrentada todos os dias na UBS em relação ao atendimento pré-natal é a falta de orientação nutricional provocando muitas vezes um aumento de peso brusco durante a gestação causando doença hipertensiva neste período, sendo assim estamos trabalhando neste sentido com a promoção de palestras educativas com a nutricionista e dando ênfase a estas orientações durante as consultas de pré-natal.

Uma dificuldade enfrentada por nós diz respeito a avaliação das gestantes pelo médico obstetra, pois o município não possui este profissional conveniado e quando necessário a gestante é encaminhada para avaliação em um município vizinho, mas que a grande maioria das vezes não possuem vagas.

Mas um ponto positivo é que alguns exames rápidos como de sorologia VDRL, HIV, AgS e toxoplasmose agora podem ser realizados na própria UBS. Mas, em contrapartida os exames laboratoriais ainda são um problema, pois o número de gestantes do município é alto e as vagas para realização dos exames são insuficientes, fora isso eles são realizados no município vizinho, que fica a uma hora de distância, onde a prefeitura tem contrato com um laboratório que atende pelo SUS. Sugerimos que estas ações que ainda são deficientes ainda possam ser melhoradas pelos gestores municipais a fim de qualificar a atenção as gestantes, diminuindo a mortalidade materna e neonatal, pois uma assistência pré-natal adequada e sua interação com os serviços de assistência são fundamentais para a obtenção de bons resultados da gestação.

De acordo com os indicadores do Caderno de Ações Programáticas (CAP) o número estimado de gestantes residentes na área deveria ser de 32, mas temos cadastradas 30 (95%) do estimado. As que não são acompanhadas na unidade de saúde fazem o pré-natal em serviços particulares.

Todas as gestantes cadastradas, ou seja, 30 (100%) estão com consultas em dia de acordo com calendário do MS, com solicitação na primeira consulta dos exames laboratoriais preconizados, com vacina antitetânica conforme protocolo, com vacina contra hepatite B conforme protocolo e com prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo.

Já o número de gestantes com pré-natais iniciados no primeiro trimestre, com exames ginecológicos por trimestre e com orientações para aleitamento exclusivo são 21 (70%). E, com avaliação de saúde bucal temos 13 (43%) gestantes. Estes indicadores apontam a necessidade de melhorar a organização dos serviços de

saúde para o acolhimento e acompanhamento das gestantes desde o pré-natal até o puerpério por uma equipe multidisciplinar. Isto implica o estabelecimento de um esforço integrado de todos, mas principalmente dos gestores para a oferta de serviços que garantam acolhimento, informação, aconselhamento, competência profissional, tecnologia apropriada disponível e relacionamento pessoal pautado no respeito à dignidade e aos direitos sexuais e reprodutivos.

O mais importante que tem nossa UBS é o recurso humano capacitado para o atendimento do pré-natal sem o qual não é possível desenvolver a atenção pré-natal, teremos muitas coisas que fazer ainda para dar uma atenção de qualidade, com garantia de ter pessoal para um atendimento sistemático.

Em relação ao puerpério também se evidenciam que a atenção está consolidada em nossa UBS. A grande maioria das mulheres é atendida imediatamente depois do parto e receberam orientações básicas sobre os cuidados dos recém-nascidos, sobre aleitamento materno exclusivo e sobre planejamento familiar.

O número de mulheres que consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, que tiveram a sua consulta puerperal registrada, que receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, que receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo, que receberam orientação sobre planejamento familiar, que tiveram as mamas examinadas, que tiveram o abdome examinado, que realizaram exame ginecológico, que tiveram seu estado psíquico avaliado e que foram avaliadas quanto a intercorrências, foram 13 (81%) de um total de 16.

A assistência oferecida pela equipe às puérperas beneficia quanto aos cuidados ao recém-nascido (RN), ao seu bem-estar e como obter uma rápida recuperação. A participação de nossa equipe é de extrema importância. Ela desempenha vários papéis de destaque, incluindo informações e orientações oferecidas às mães, aos pais, e conforme o caso, aos familiares.

Através das visitas domiciliares, surge uma maior interação entre a puérpera e a nossa equipe facilitando o trabalho e proporcionando um bem estar ao binômio mãe-filho.

Em semelhança com o atendimento das crianças existe por parte da população desta faixa uma aceitação por nosso serviço, existindo adesão e participação das ações realizadas pela equipe para o melhoramento da saúde, e satisfação pela qualidade da atenção.

Em relação com o controle do Câncer de Colo de Útero em nossa equipe deve-se também envolver intervenções na promoção da saúde e na prevenção com o objetivo de alcançar bons resultados, ampliar o acesso as informações sobre o câncer do colo de útero.

Nossa equipe tem um número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área de 764 e o total de mulheres acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero é de 635 (83%).

Os poucos indicadores da qualidade da prevenção do Câncer de Colo de Útero avaliados estão em processo de ser melhorados, pois nossa equipe está em busca de ter todos os exames citopatológicos para câncer de colo de útero em dia, atualmente temos 476 (75%) das mulheres cadastradas com este indicador, creio que devem ser articulados os recursos nos diferentes níveis de atenção para que seja garantido o acesso aos serviços e ao cuidado integral para buscar o controle do câncer com preservação da qualidade de vida mediante a universalização desses exames a todas as mulheres.

Já a avaliação de risco para câncer de colo de útero onde 296 (47%) mulheres estão avaliadas, exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de seis meses de atraso, temos 126 (20%) usuárias, exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar temos 121 (19%) e o ideal era ter até 5%, sendo assim ainda é necessário capacitação do profissional que realiza a coleta dos exames.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados é através do conhecimento da estratégia para o aumento da frequência e adesão das mulheres aos exames, com uma política adequada de promoção de saúde, planejar e programar as ações de controle com priorização segundo critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade, conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas e da comunidade, identificar mulheres que necessitem de atenção domiciliar, entre muitos outros aspetos.

Resumindo o êxito das ações de rastreamento depende dos seguintes pilares: informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada, alcançar a meta de cobertura da população alvo, garantir acesso a diagnóstico e tratamento, garantirem a qualidade das ações e monitorar e gerenciar continuamente as ações.

Como podemos alcançar os pilares enumerados anteriormente, através das seguintes ações: explicando detalhadamente o significado do resultado anormal, as

condutas recomendadas, os encaminhamentos necessários e os procedimentos que possivelmente serão realizados, tratando oportuna e adequadamente, seguimento sistemático através de visitas domiciliares e consultas programadas, dialogando oportunamente ante a aparição de qualquer sintoma para uma intervenção da equipe de saúde, logrando que todas as mulheres com citologia alterada se realizem os exames que precisem, conscientizando no uso de preservativos e outras medidas importantes para um controle adequado da doença.

Em relação à Prevenção do Câncer de Mama os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados são é através do conhecimento da estratégia de toda a população em nossa área de abrangência, alertar sobre os riscos associados à terapia de reposição hormonal, ações que atuem sobre determinantes sociais do processo de saúde – doença e promovam qualidade de vida para a melhoria da saúde da população e o controle das doenças e dos agravos.

A avaliação da Cobertura de Prevenção do Câncer de Mama em nossa UBS bem como a cobertura de câncer de colo de útero é insuficiente e tem que ser reformadas em um prazo de tempo imediato, para um bom cuidado das mulheres.

Quanto aos indicadores de mamografia em dia, avaliação de risco para câncer de mama, orientação sobre prevenção do câncer de mama temos 145 mulheres representando 68% das mulheres estimadas que é 212. Já a mamografia com mais de três meses em atraso tem 62 (29%) mulheres.

Ainda temos vários indicadores da qualidade para prevenção do Câncer de Mama que precisam ser melhorados e para isto toda a equipe deve trabalhar intensivamente para que o programa tenha o impacto esperado pelo MS. As mamografias para as mulheres compreendidas entre 50–69 anos não são cumpridas, seja por desconhecimento ou falta de informação da população e/ou por insuficiente trabalho da equipe de saúde. Melhorar estes indicadores constituem uma meta para nossa equipe.

Nossa equipe deve realizar uma estratégia para não perder o seguimento de mulheres em esta faixa etária desenvolvendo ações de controle as usuárias com risco de câncer de mama, encaminhamento aos especialistas, prestando atenção integral e continua as necessidades das mulheres nesta faixa etária, realizando reuniões da equipe a fim de discutir em conjunto o planejamento e a avaliação das ações da equipe, acompanhando e avaliando sistematicamente as ações implementadas, visando a readequação do processo de trabalho e realizando visitas

domiciliares as mulheres com resultados alterados, para estimular a adesão ao tratamento e fazer busca ativa de faltosas.

A estimativa do número de usuários com HAS e DM com 20 anos ou mais residentes em nossa área está perto porquê de 479 pacientes com HAS que devem existir temos 435 (90,2%) cadastrados.

Quanto a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico a avaliação temos 145 (25%), ainda temos muito que trabalhar em conjunto com a população e a SMS para que sejam avaliados todos os usuários cadastrados. Já os exames complementares periódicos estão em dia em 330 (76%) usuários, a orientação sobre prática de atividade física regular e a orientação nutricional para alimentação saudável tem 435 (100%) dos usuários em dia, isto é realizado periodicamente em cada uma das consultas agendadas.

A avaliação da saúde bucal é o indicador negativo, pois 178 (30%) estão com este indicador em dia, sendo que os principais motivos são o acesso limitado deste serviço pelos pacientes de nossa equipe, explicado em outras oportunidades e que é um problema de saúde identificado pela equipe.

Em relação com a atenção às pessoas com hipertensão que são realizadas em nosso serviço estão encaminhadas à realização de pesquisas de prevalência da hipertensão que devem priorizadas nas áreas onde a informação ainda não está disponível e focar, globalmente, a prevalência de todos os fatores de risco para doenças cardiovasculares. Ademais, a informação sobre o conhecimento da doença pela população, seu tratamento e controle devem ser priorizados pela equipe de saúde.

A dinâmica proposta pela UBS está centrada na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco, permite a identificação de um melhor acompanhamento dos indivíduos usuários com HAS e DM e usuários com HAS e DM.

Entre as ações básicas que nossa equipe deve começar de imediato para a incorporação de ações programáticas estão: a capacitação de todos os profissionais da equipe, dentro de suas competências específicas, para melhorar o diagnóstico e cadastramento de pessoas com hipertensão; o monitoramento e avaliação da qualidade e consistência dos dados informados pelas pessoas, com vistas ao acompanhamento da evolução de resultados; realizar busca ativa de pessoas com hipertensão e/ou com fatores de risco para essa doença na comunidade (obesidade,

antecedentes familiares, sintomas sugestivos da doença e de suas complicações), tanto por meio de campanhas como pelo rastreamento regular da hipertensão; recomendar o rastreamento a cada dois anos nas pessoas com pressão arterial menor que 120/80 e rastreamento anual se a pressão sistólica estiver entre 120 e 139 mmHg ou a diastólica entre 80 e 90 mmHg; instituir como rotina de atendimento da nossa equipe, a avaliação da pressão arterial de todas as pessoas adultas que comparecerem à unidade de saúde para algum atendimento; a avaliação das políticas e ações preventivas e assistenciais relativas à HAS e às doenças associadas, tais como estimativa de demanda de medicamentos e da necessidade de profissionais e serviços especializados para tratamento das doenças causadas pela hipertensão, como doença renal crônica e a capacitação dos profissionais da equipe para identificação de pessoas com exposição a fatores de risco e orientação para o auto-cuidado.

A estimativa de usuários com HAS e DM de nossa área é de 118, segundo o CAP, e o total de usuários com HAS e DM com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS é de 115 (95%), o indicador é o reflexo de que a equipe tem que trabalhar mais ainda para melhorar o indicador para adequar a nossa expectativa que é o 100%.

Quanto a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico temos 86 (51%) cadastrados com exame em dia, palpação dos pulsos: Tibial posterior e pedioso nos últimos três meses, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses temos 66 (40%) pessoas com diabetes com esta avaliação. Sendo que ainda temos que intensificar nossas ações para cumprir com estes indicadores que dependem de nossa capacidade resolutiva sendo mais proativos, por que se tratar da prevenção de complicações desta doença sistêmica, realizando em conjunto com as comunidades um trabalho de promoção e prevenção em saúde, divulgando ainda mais todos os fatores de risco para ganhar um entendimento oportuno da população respeito a esta doença crônica e que respeitem as consultas agendadas.

Toda nossa equipe participa da avaliação do usuário que possui diabetes o que permite ter uma visão melhor dos problemas deles, sendo que prestar assistência a estes usuários torna-se um desafio, pois além de contar com o apoio da equipe de saúde, requer também a participação da família e do próprio indivíduo, atuando este como ator na busca de ter uma boa manutenção de sua saúde a fim de

manter a qualidade de vida. Neste âmbito, a ideia de promoção da saúde vem sendo discutida e abordada em nossa UBS, como proposta e estratégia para a melhoria das condições de saúde, compreendendo um processo de capacitação da comunidade para a melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo participação e controle desse processo.

Alguns aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados para a atuação de nossa equipe no atendimento a pessoa com diabetes como: sensibilização do Prefeito Municipal e SMS para sua ajuda em todos os cenários que precise a equipe, auto avaliação da Gestão de Saúde e da ESF, ambos com apoio da Coordenação da Atenção Básica no que se refere à prescrição, liberação dos exames preconizados pelo MS para o controle das doenças crônicas; a realização de matrizes de intervenção, a fim de realizar ações que mudem as situações que necessitassem de alteração após levantamento do problema na auto avaliação; o monitoramento das ações propostas e dos indicadores, a partir da criação de planilhas específicas para este fim; a organização da educação permanente, atualização permanente do E-SUS e o acompanhamento e avaliação das metas e indicadores.

Em relação ao atendimento à saúde da pessoa idosa nossa equipe deve contribuir para que mais pessoas alcancem as idades avançadas com melhor qualidade de vida. O envelhecimento ativo e saudável é o grande objetivo nesse processo. Se considerarmos saúde de forma ampliada torna-se necessária alguma mudança no contexto atual em direção à produção de um ambiente social e cultural mais favorável para população idosa por isso é muito importante que seja cumprido os indicadores para esta faixa etária.

De 335 idosos estimados pelo CAP temos cadastrados 321 (96%), sendo que como sabemos que todos os idosos estão sendo acompanhados na unidade supomos que os 14 faltantes pode ser por falecimento neste período.

Para este grupo populacional, de forma geral os indicadores se comportam aceitavelmente, sendo que para os indicadores realização de avaliação multidimensional rápida, acompanhamento em dia, avaliação de risco para morbimortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para atividade física regular, são realizados de forma permanente durante os atendimentos sendo que, 278 (87%) estão com estes indicadores em dia.

O único indicador que se repete com problemas é a avaliação de saúde bucal em dia onde só 153 (48%) pessoas com diabetes estão com este indicador em dia.

As mudanças significativas da pirâmide populacional começam a acarretar uma série de previsíveis consequências sociais, culturais e epidemiológicas, às quais nossa UBS ainda não está preparada para enfrentar. A infraestrutura necessária para responder às demandas deste grupo etário, em termos de instalações, programas específicos e mesmo de nossos profissionais de saúde adequados quantitativa e qualitativamente, ainda é precária.

O aumento da expectativa de vida, propiciado pela evolução dos últimos anos, requer mais atenção dos profissionais de saúde e de toda a sociedade. O investimento para sermos mais longevos foi e continua sendo feito. Porém, qual a vantagem de alcançarmos a idade de 70 ou 75 anos com as incapacidades e baixa qualidade de vida principalmente em decorrência de complicações das doenças crônico-degenerativas, principalmente entre os mais carentes.

Mediante essas considerações faz-se importante refletir sobre a assistência à saúde do idoso em nossa UBS assim como analisar os fatores envolvidos no desenvolvimento dos idosos nas instituições de saúde. Discutir sobre esse assunto deve ser preocupação de todos os profissionais de saúde da UBS, em virtude do ser humano na terceira idade ser um cliente muito presente nas instituições de saúde, do alto número de atendimentos, assim como de os fatores que contribuem para isso.

O compromisso nosso para com os idosos não pode ser passivo, deve ser dotado de ações e reflexões sobre a realidade, por meio de valores humanos fundamentados cientificamente.

Com o intuito de sanar as lacunas que ainda existem em relação à saúde e às condições de vida do idoso, são necessárias mais ações, políticas e programas que enfoquem as necessidades do grupo etário. A abordagem do envelhecimento deve ser incluída como parte integrante das estratégias pressupostas nacionais, a fim de fortalecer o potencial de desenvolvimento dos idosos de forma sistemática e focalizada.

Dos aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados para contribuir e ampliar a cobertura, melhorar a qualidade da atenção aos idosos estão: viabilizar formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, promover a participação e a integração do idoso, por intermédio de suas

organizações representativas na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a ser desenvolvido, priorizar o atendimento ao idoso por intermédio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, descentralizar as ações político-administrativas do território, capacitar os recursos humanos na área de geriatria no município, programar o sistema de informações com vistas à divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos e programa da prefeitura, estabelecer mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento, priorizar o atendimento ao idoso em nossa UBS e apoiar estudos e pesquisas sobre as questões do envelhecimento.

De maneira geral a avaliação dos aspectos positivos que eu posso fazer relacionada com a atenção à saúde deste grupo populacional é que nossa população começou a perceber que a houve a melhora de seu atendimento que por muitos anos não tinham, sendo que hoje esse panorama mudou suas vidas e se sentem protegidos neste direito fundamental como é a saúde, que deve ser garantido pelo governo.

As dificuldades gerais que hoje tem nossa UBS são: recursos materiais, insumos e de fazer uma nova reforma na UBS, usando o que já temos, para que comessem a funcionar serviços que são vitais para consolidar a qualidade da saúde da população adstrita em nossa UBS.

Outro se refere à atenção em saúde bucal na nossa UBS, que já foram descritos e enviados as autoridades da prefeitura e da secretaria de saúde, onde até o momento aguardamos por uma resposta e/ou soluções.

À cobertura de saúde de nossa equipe não é um problema porque nosso planejamento pode assumir toda a área que está em nosso entorno, consta de uma equipe preparada e de qualidade para acometer ações de promoções e prevenção de saúde.

Em cada um dos atendimentos nossa equipe está estruturada de forma programática adotando os protocolos de atendimento do MS, ou seja, dando cumprimento aos padrões gerados pelo MS em cada momento específico.

Na UBS constamos com registros específicos para os atendimentos das grávidas, puérperas, crianças, usuários com HAS e DM, usuários com HAS e DM, idosos e para rastreamentos de programas priorizados pelo MS como do colo de útero e de mama.

O monitoramento é realizado pela equipe de forma sistemática através das reuniões semanais que são feitas na UBS, dando seguimento estreito as ações que são propostas pela equipe e SMS.

Por isso podemos afirmar com certeza que existe adesão da população à nossas ações porque ao ser convocados para qualquer atividade a participação da população sempre temos um ótimo retorno, seja idoso, grávida, usuários com HAS e DM sempre existe ampla participação de nossos usuários.

Os maiores desafios que nossa UBS ainda tem pela frente e que vamos a continuar lutando é a instalação, implementação e consolidação do serviço de odontologia, a definição de uma sala na UBS para prestar o serviço de curativos e alguns outros procedimentos, a instalação do serviço de esterilização e dar continuidade aos planos de educação permanente para elevar o grau de satisfação da população com nossos serviços.

Já em relação aos melhores recursos que apresenta de minha UBS é sem dúvida alguma o recurso humano porque está composta por uma equipe de profissionais e trabalhadores capacitados e com muitos desejos de continuar aportando seus melhores conhecimentos, continuar fazendo palestras que incentivem ações de promoção e prevenção em saúde para o melhoramento e qualidade na atenção básica.

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

Fazendo uma comparação do texto inicial e este relatório sobre a evolução de nossa UBS desde nosso começo até agora, relacionado com a estrutura, posso dizer que nossas tentativas de adequação ainda não aconteceram e são necessários como o funcionamento dos serviços de esterilização, odontologia, farmácia e vacinas. Assim como também outros recursos materiais e insumos necessários na UBS ainda não temos.

Comparando o funcionamento da equipe desde a nossa chegada, podemos sinalar que os processos de trabalho de cada uma das ações que são realizadas na UBS pela equipe através do atendimento tem elevado seu grau de preparação e vamos encaminhando para funcionarmos realmente como uma equipe, isso podemos notar em nossas relações de trabalho, nossas relações pessoais são muitos bons, também no entendimento que há entre todos que trabalhamos na UBS,

com um clima de sossego e amizade pelo trabalho que fazemos, sempre visando levar a melhor saúde para nossa população.

Também foi realizado dos Conselhos Locais de Saúde (CLS) em cada um dos assentamentos onde nossa equipe presta atendimento médico.

Não podemos esquecer também como nossa população participa ativamente, para que nosso trabalho seja melhor, sua preocupação e participação em cada uma das atividades que são planejadas para dar saúde de qualidade, sempre levando em conta suas propostas e necessidades que são fundamentais para nosso trabalho demonstrando também que há mudanças desde o início do nosso relatório até agora.

O Sistema Único de Saúde (SUS) continua apresentando os mesmos problemas administrativos para prestar atendimento para a realização de exames em geral. A população tem que marcar na SMS que fica na cidade e muitas vezes ficam sem vagas, além de que tem que ir para outra cidade que fica uma hora do local onde moram para fazer os exames.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

No Brasil, mesmo com a existência do SUS, que é gratuito e universal, o custo individual de uma Doença Crônica não Transmissível (DCNT) ainda é bastante elevado, em função dos custos agregados, o que contribui para o empobrecimento das famílias. Estimativas sugerem que a perda de produtividade no trabalho e a diminuição da renda familiar resultante de apenas três DCNT (diabetes, doença do coração e acidente vascular encefálico), levarão a uma perda na economia brasileira de US\$ 4,18 bilhões entre 2006 e 2015 (ABEGUNDE,2007). Segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (2006), a hipertensão arterial sistêmica é uma doença crônica que vem apresentando uma crescente prevalência na população brasileira, tornando-se um sério fator de risco para o surgimento de doenças cerebrovasculares e cardíacas. O controle das pessoas com hipertensão e diabetes se faz por meio de: tratamento medicamentoso, mudanças no estilo de vida, atividade física, alimentação saudável, entre outros, sendo que os usuários devem ter este tipo de controle durante toda a sua vida (Brasil, 2013).

O município Cocal no qual estou alocado está localizado na região Norte do estado Piauí, tem uma população aproximada de 30.000 habitantes, distribuídos em 23 assentamentos comunitários, que são atendidos por 14 UBS com ESF,

A UBS Contendas está na área rural do município e seu vínculo com o SUS é através do Programa Mais Médico do Brasil (PMMB) com o modelo de atenção da ESF, a população da unidade é de 3150 pessoas, sendo que temos uma equipe de saúde composta por um médico (clínico geral), uma enfermeira, duas técnicas em enfermagem, sete ACS, um dentista (que atua na zona urbana, por não possuir uma sala para sua atuação), um fisioterapeuta, uma psicóloga e uma assistente social, pertencendo estes três profissionais ao NASF. Nossa unidade de saúde foi

reformada há pouco tempo e atende praticamente a todas as necessidades da população.

De acordo com o CAP estima-se que nossa área tenha 479 pessoas com hipertensão e 118 pessoas com diabetes. Dentre os problemas enfrentados na UBS de Contendas na atenção a esta população, destaca-se a baixa adesão dos usuários com HAS e DM ao tratamento medicamentoso, sendo que o cumprimento correto do tratamento medicamentoso é uma das atividades essenciais para o adequado controle destas doenças, já os atendimentos, são feitos apenas por demanda espontânea, e também não utilizamos o protocolo definido de consultas.

Sobre as atividades educativas, estas inserem as organizações da comunidade, famílias e outros, também durante os atendimentos são realizadas palestras esporadicamente com intervalos de tempo muito longos; os grupos de atividade física não são feitos porque não temos educador físico; além disso, não são realizadas as medidas da circunferência abdominal.

Quanto aos medicamentos, realizamos a separação a usuários que possuem dificuldades de identificá-los, quanto aos horários, para os usuários analfabetos, são identificados por meio de desenhos ilustrativos, porém não são feitos para todos os usuários. As principais limitações que a equipe tem são a realização dos exames requeridos para a avaliação dos usuários com hipertensão e diabetes, e o atendimento odontológico destes usuários que é quase zero.

Apesar de termos para algumas ações bons indicadores, temos um grande número de usuários com estas patologias e a equipe de saúde já vinha tentando melhorar a atenção a estas pessoas, dessa forma, no decorrer da análise situacional vou solicitado pela equipe a realização da intervenção para estes usuários, pois estes, geralmente têm acesso à saúde apenas em casos de doenças, e não são feitos os devidos acompanhamentos de seu desenvolvimento com base em protocolos, assim como não são fornecidas todas as orientações indicadas pelo MS. Vendo todas essas deficiências, percebi que a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes da área pode ser melhorada de forma considerável com pequenas mudanças no foco de atendimento.

Diante dessa situação, será proposta uma intervenção que altere o seguimento de usuários com HAS e DM e usuários com HAS e DM, baseada em estratégias de ações educativas e terapêuticas, com o objetivo principal de melhorar os índices de pressão arterial e do nível sérico de glicose. Com isso, espera-se

prevenir complicações das pessoas com hipertensão e/ou da diabetes, esclarecer sobre os fatores de riscos cardiovasculares, alcançar maior adesão dos usuários ao tratamento, valorizar a mudança de comportamento destes, estimulando o autocontrole.

Espera-se também envolver familiares e comunidade no diagnóstico precoce e no apoio a este grupo em especial, organizar o atendimento, proporcionando um seguimento regular e racionalizar a demanda por consulta médica assistencial. Neste sentido espera-se que esta intervenção venha estimular e estruturar as ações de vigilância, prevenção e controle das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e a promoção da saúde de forma integrada Atenção Básica/Estratégia de Saúde da Família, que com esta intervenção irá prevenir e reduzir a hipertensão e diabetes, melhorando a qualidade de vida da população.

2.2 Objetivos e metas

Objetivo geral

Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes na Unidade Básica de Saúde Contendas, Cocal/PI.

Objetivos específicos e metas

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

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

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

OBJETIVO 2. Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e DM e/ou usuários com HAS e DM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

OBJETIVO 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

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

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

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

Para promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes utilizaremos a disseminação de informações sobre as doenças e seus fatores de risco para a população visando promoção da saúde e prevenção das referidas doenças.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

A intervenção está estruturada para ser desenvolvida entre setembro e novembro de 2015, com duração de 12 semanas, na Unidade Básica de Saúde Contendas, no Município de Cocal, estado Piauí. Os instrumentos utilizados para o desenvolvimento da intervenção serão os disponibilizados pelo curso: Planilha de objetivos, metas, indicadores e ações; ficha-espelho; planilha de coleta de dados, estes permitirão a organização adequada da intervenção, proporcionando melhorias como: Acesso e acolhimento dos usuários; busca dos faltosos; atendimentos clínicos; atividades educativas coletivas; engajamento da equipe e comunidade.

Estão estimados a participarem da intervenção 632 usuários com HAS e DM e 181 usuários com HAS e DM maiores de 20 anos.

2.3.1 Detalhamento das ações

OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas é preciso o cadastramento do 100% dos usuários a usuários com HAS e DM e usuários com HAS e DM.

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma reunião semanal onde monitorarão as atividades dos ACS para procurar os usuários com HAS e DM faltosos e ao terminar cada atendimento planejado no cronograma avaliaremos as fichas e prontuários médicos para conhecer os dados do atendimento e esvaziar na PCD. Também farão VD junto com os ACS para pesquisa ativa de usuários.

Organização e gestão do serviço

Ação: Garantir o registro de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão o registro dos usuários que vem aos atendimentos nas fichas de atendimento e nos documentos habilitados na UBS garantidos pela SMS.

Ação: Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão durante as atividades educativas coletivas palestras aos usuários, orientando sobre o acesso e acolhimento, também convidarão aos membros do NASF para apoio nas atividades, assim como outras iniciativas proativas com a participação dos usuários e em conjunto com organizações da comunidade.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na UBS.

Detalhamento: O médico e a enfermeira providenciarão junto a SMS a manutenção dos meios e insumos necessários para os atendimentos. Além de fazer as mudanças dos aparelhos se precisarem nossa equipe.

Ação: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na UBS.

Detalhamento: O médico e a enfermeira providenciarão junto a SMS a manutenção dos meios e insumos necessários para os atendimentos. Além de fazer as reposições de material, caso seja preciso.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão com o apoio das organizações da comunidade atividades nas igrejas, colégios e outros espaços de concorrência da população como projeção de vídeos e colocar cartazes. Também procuraremos o apoio da rádio para nossa participação no programa destinado à saúde, nosso espaço de atendimento na UBS e as VD dos ACS e do médico e a enfermeira.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira aproveitarão todos os espaços da comunidade como: igrejas, colégios e outros pontos de confluência da população para informar aos usuários com riscos de hipertensão e também através de meios de comunicação mediante a participação dos membros da equipe no programa de saúde disponível todas as semanas.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão orientação nos atendimentos específicos e VD a todos os usuários que tenham pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, além de alertar na comunidade que os usuários que verifiquem sua pressão qualquer outro lugar e tenham modificação da mesma devem procurar o atendimento clínico.

Ação: Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: O médico e a enfermeira utilizando todas as potencialidades em nossos atendimentos e VD realizarão orientações sobre a identificar os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes a todos os usuários que procurem nossa UBS, além de realizar ações de promoção e prevenção sobre uma adequada nutrição, prática de exercícios físicos, mudanças de estilos e saúde mental, utilizando aos atores formais da comunidade e demais organizações comunitárias capacitadas por nossa equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão capacitação nas reuniões semanais da equipe aos ACS através do estudo dos cadernos de atenção básica pelos membros da equipe, assim como outros documentos do MS do Brasil que está disponíveis nossa UBS. Orientar-se-á a forma correta para o preenchimento dos documentos que são utilizados pelo MS para o cadastramento.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: O médico e a enfermeira fazendo uso do protocolo de atenção básica para os usuários com hipertensão e diabetes desenvolverem ações de capacitação para a verificação da pressão arterial, se realizará nas reuniões da equipe e participarão todos os membros. Também se orientará o estudo dos protocolos para manter-se atualizado e o uso de outros meios ativos para ensinasse como verificação da pressão entre os membros da equipe, explicar pelos membros do jeito que eles acham que se verifica a pressão, etc.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão em cada uma das reuniões da equipe aulas, onde será feita a capacitação da equipe sobre o uso e manejo do glicômetro para a realização de hemoglicoteste, sobre sua correta utilização e interpretação dos resultados do exame, para isto utilizaremos os meios didáticos como computadores e livros.

OBJETIVO 2. Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e DM e/ou usuários com HAS e DM

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma revisão dos prontuários clínicos semanalmente preenchidos pela equipe durante os atendimentos de acordo com o número de usuários atendidos e avaliarão a qualidade do exame clínico das fichas e prontuários dos usuários.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão a definição das atribuições de cada membro da equipe de forma colegiada na primeira reunião semanal da equipe, indicando por escrito quais são as atribuições, para todos os que participem, registrando em ata da reunião com nomes completos.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão o cronograma de capacitação para cada semana de acordo com os protocolos de atenção básica para usuários com HAS e DM. As capacitações serão feitas durante as reuniões semanais, e será o ponto fixo de ordem do dia da reunião.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: O médico e a enfermeira estabelecerão as atualizações de acordo com o nível dos profissionais, sendo assim que os ACS terão uma atualização semanal que pode ser realizada nas reuniões da equipe. A equipe

multiprofissional se preparará, com os manuais disponíveis na unidade para a capacitação dos ACS pelo que também será semanal sua atualização.

Ação: Dispor de versão atualizada dos protocolos de HAS e DM impressa na UBS.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão a impressão destes documentos com o apoio dos gestores da SMS e da Prefeitura e estes ficarão disponíveis na UBS para qualquer consulta e dúvidas dos membros da equipe, em local de fácil acesso.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e orientar a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes.

Detalhamento: O médico e a enfermeira utilizando todas as potencialidades de nossos atendimentos, onde nas VD realizaremos orientações quanto a identificar os fatores de riscos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e usuários com HAS e DM para todos os usuários que procurem nossa UBS, além de realizar ações de promoção e prevenção sobre uma adequada nutrição, prática de exercícios físicos, mudanças de estilos e saúde mental, utilizando aos atores formais da comunidade e demais organizações comunitárias capacitadas por nossa equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, para HAS e DM.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão capacitações todas as semanas, além de nossa auto preparação que é importante para capacitar toda a equipe, esta será realizada mediante o estudo dos protocolos de atendimentos para usuários com HAS e DM.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão durante os atendimentos planejados a realização de exame dos pés das pessoas com diabetes e colocarão nos prontuários clínicos esta parte do exame clínico. Também serão realizadas fiscalizações nos prontuários pelos membros da equipe que estão preparados para fazer esta atividade.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés das pessoas diabéticas.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão depois da capacitação sobre as atribuições de cada membro da equipe no exame dos pés, as definições de cada membro para a realização desta atividade nos atendimentos programados, o seja, durante o debate e a discussão ficarão disponibilizados os nomes completos com suas definições.

Ação: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão o cronograma de capacitação para cada semana de acordo com os protocolos de atenção básica para usuários com HAS e DM. As capacitações serão feitas durante as reuniões semanais, e será o ponto fixo de ordem do dia da reunião.

Ação: Providenciar junto a gestão o monofilamento 10g para exame dos pés. O médico e a enfermeira solicitarão aos gestores municipais para que eles providenciem o monofilamento 10g, através dos pedidos que são realizados pela UBS e nas reuniões com os gestores que são realizadas todas as semanas.

Ação: Organizar a agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: O médico e a enfermeira informarão nas reuniões semanais o cumprimento dos atendimentos planejados para este tipo de usuários e como fica a próxima semana, para que todos os ACS fiquem sabendo o dia e lugar para acolher as pessoas hipertensas e diabéticas provenientes das VD.

Ação: Solicitar a referência e contra-referência (realizar a coordenação do cuidado) para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada.

Detalhamento: O médico e a enfermeira coordenarem com a SMS, as consultas especializadas para usuários com HAS e DM que precisamos em nossa UBS, provenientes da identificação que a equipe realiza durante os atendimentos, reuniões e VD.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira utilizando todas as potencialidades de nossos atendimentos e VD realizaremos orientações sobre os riscos para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e usuários com HAS e DM para todos os usuários que procurem nossa UBS, além de realizar ações de promoção e prevenção sobre uma adequada nutrição, prática de exercícios físicos, mudanças de estilos e saúde mental, utilizando aos atores formais da comunidade e demais organizações comunitárias capacitadas por nossa equipe. Serão utilizados métodos didáticos de ensino como computador, data show, televisão, etc.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento: O médico e a enfermeira fazendo uso do protocolo de atenção básica para os usuários com diabetes desenvolverão ações de capacitação para a realização de exame apropriado dos pés, e se realizará nas reuniões da equipe com a participação de todos os membros da equipe multiprofissional. Também se orientará o estudo dos protocolos para manter-se atualizado e o uso de outros meios ativos para ensino como a realização de exames dos pés entre os membros da equipe, explicar pelos membros do jeito que eles acham correto ou não o exame, etc.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão monitoramento dos usuários com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade mediante a revisão dos prontuários e fichas da UBS e investigarão as causas do não cumprimento dos usuários e ficando anotados no prontuário clínico os motivos pelos quais não se cumpre, dando seguimento nos próximos atendimentos para alertar aos gestores das causas do não cumprimento pelos usuários e decidir outras ações para aqueles usuários que são por motivos próprios.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão que todos os membros da equipe que participem nos atendimentos com usuários com hipertensão e diabetes garantindo a solicitação dos exames complementares, através da supervisão dos prontuários depois de terminar cada atendimento e lembrando ao começo a importância de garantir a solicitação.

Ação: Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Detalhamento: O médico e a enfermeira nas reuniões que realiza a SMS de forma semanal exigir e controlarem a agilidade para a realização dos exames complementares. Ademais que conhecerem as principais dificuldades de seus usuários para a realização dos exames, tendo registrado as eventualidades acontecidas e relatadas pelos usuários através dos ACS e nos atendimentos.

Ação: Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: O médico e a enfermeira criarem na UBS um cadastro dos usuários que não tem realizado os exames preconizados e será do conhecimento de todos os membros da equipe em cada uma das reuniões.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: O médico e a enfermeira utilizando todas as potencialidades de nossos atendimentos e VD realizarão orientações ressaltando a necessidade da realização dos exames complementares para todos os usuários de hipertensão e diabetes que procurem nossa UBS, destacando sua importância para o controle e seguimento adequado das doenças e utilizaremos ademais aos atores formais da comunidade e outras organizações comunitárias capacitadas por nossa equipe. Serão utilizados métodos didáticos de ensino como computador, data show, televisão, etc.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para seguir o protocolo de HAS e DM adotado na UBS para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: O médico e a enfermeira fazendo uso do protocolo de atenção básica para os usuários com hipertensão e diabetes desenvolverem ações de capacitação para a solicitação de exames complementares, será realizada nas reuniões da equipe onde participarem todos os membros. Também se orientará o estudo dos protocolos para manter-se atualizado e o uso de outros meios ativos para ensino como é a solicitação para a realização de exames complementares entre os membros da equipe, explicar pelos membros do jeito que eles acham correto ou não a solicitação se deve ser de outra forma, incentivar a busca de iniciativas nos membros da equipe e estimular o pensamento coletivo, etc.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão um monitoramento desta ação através das fichas espelhos e demais documentos da UBS, procurando saber o

acesso aos medicamentos e se existem dificuldades com o abastecimento, será realizada esta supervisão duas vezes por mês e se informará a SMS sobre as principais dificuldades encontradas durante o monitoramento para corrigir deficiências próprias do SUS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ação: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira designarão um membro da equipe, preferentemente a técnica de enfermagem para que de forma periódica (uma vez por semana) realize controle de estoque de medicamentos e informe qualquer desabastecimento ou vencimento de medicamento que são usados pelos usuários de hipertensão e diabetes.

Ação: Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e diabetes cadastrados na UBS.

Detalhamento: O médico e a enfermeira habilitarão na UBS um registro para conhecer as necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão e diabetes, e se manterá atualizado de forma quinzenal pela enfermeira que será a responsável também pelo pedido aos gestores da farmácia popular com uma frequência mensal.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: O médico e a enfermeira utilizando todas as potencialidades de nossos atendimentos e VD realizarão orientações e informações aos usuários e comunidade em geral sobre os direitos de acesso aos medicamentos de hipertensão e diabetes, destacando sua importância para o controle e seguimento adequado das doenças e utilizarão ademais os atores formais da comunidade e outras organizações comunitárias capacitadas pela equipe. Serão utilizados métodos didáticos de ensino como computador, data show, televisão, etc.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: O médico e a enfermeira fazendo uso do protocolo de atenção básica para os usuários com hipertensão e diabetes desenvolverão suas atualizações sistemáticas e periódicas todas as semanas, utilizando quatro horas e estarão em condições de capacitar toda a equipe multiprofissional. As atualizações serão realizadas de forma individual e depois serão disponibilizadas para os demais profissionais da equipe nas reuniões semanais, que são realizadas na UBS e podem colaborar para revisão bibliográfica de nossa intervenção.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão durante os espaços de conversas/reuniões com a equipe capacitações para explicar a todos os membros que existem alternativas para obter medicamentos da Farmácia Popular, que é através de um cadastramento, levando os documentos de identidade com a receita da UBS que prescreve os remédios que o usuário utiliza, sendo necessário de três em três meses atualizar a receita médica na UBS.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar as pessoas hipertensas e diabéticas que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão monitoramento dos usuários com HAS e DM que necessitam de atendimento odontológico mediante a revisão dos prontuários e fichas da UBS onde ficará a avaliação realizada pela enfermeira, será realizada esta avaliação com frequência quinzenal.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ação: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com diabetes e hipertensão.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão a avaliação das necessidades de atendimento odontológico para os usuários com HAS e DM de nossa área, a mesma será realizada em todos os atendimentos médicos planejados segundo o cronograma de atividades mensal da equipe. O espaço físico será nas salas do médico e a enfermeira e serão registradas nos prontuários clínicos.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira junto com os gestores do município, na medida das possibilidades organizarem a agenda de saúde bucal para o atendimento odontológico dos usuários com diabetes e hipertensão de nossa área, criando um registro com as prioridades para o atendimento. Discutir-se-á com os gestores nas reuniões semanais para definir estratégias para do atendimento odontológico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira utilizando todas as potencialidades de nossos atendimentos e VD realizarão, orientações, de maneira que nossa comunidade conheça a importância de realizar avaliação da saúde bucal dos usuários com hipertensão e diabetes, realizaremos ações de promoção e prevenção sobre uma adequada nutrição, lavado dos dentes. Utilizaremos aos atores formais da comunidade e demais organizações comunitárias capacitadas por nossa equipe para que apoiem nestas ações que serão com uma frequência semanal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão.

Detalhamento: O médico e a enfermeira fazendo uso do protocolo de atenção básica para os usuários com hipertensão e diabetes desenvolverão ações de capacitação para a avaliação da necessidade de atendimento odontológico, se realizará nas reuniões da equipe e participarão todos os membros da equipe, será utilizado também outros meios ativos para ensino como a realização de avaliações

odontológicas entre os membros da equipe, explicar pelos membros do jeito que eles acham correto ou não a avaliação, etc.

OBJETIVO 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão monitoramento dos usuários com hipertensão e diabetes para avaliar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo mediante a revisão dos prontuários e fichas da UBS e perguntarem as causas do não cumprimento dos usuários e ficarem anotados no prontuário clínico os motivos pelos quais não se cumpre, dando seguimento nos próximos atendimentos e explicando a importância do cumprimento da periodicidade das consultas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar VD para buscar os usuários com HAS e DM e usuários com HAS e DM faltosos.

Detalhamento: O médico e a enfermeira colocarão no cronograma de atividades mensal os dias que serão destinados nas VD para buscar os usuários com HAS e DM e usuários com HAS e DM faltosos. Todas as semanas nas reuniões da equipe vai aprimorar o cronograma e se controlará o cumprimento da busca destes usuários e as causas que não permitem o cumprimento, sendo responsáveis todos os membros da equipe.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira junto com toda a equipe, na medida das possibilidades organizarão a agenda para acolher os usuários com diabetes e hipertensão provenientes das buscas domiciliares de nossa área, criando uma alerta

e um registro que todas as semanas serão discutidas nas reuniões para dar prioridade segundo o cronograma de atividade e se há necessidade de modificar o mesmo de acordo com o número aparecidos nas pesquisas ativas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas dos usuários com HAS e DM e usuários com HAS e DM.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão com o apoio das organizações da comunidade atividades de informação sobre a importância de realização das consultas dos usuários com HAS e DM e usuários com HAS e DM, sendo desenvolvidas as mesmas também nas igrejas, colégios e outros espaços de concorrência da população e faremos projeção de vídeos e colocaremos cartazes. Também procuraremos o apoio da rádio para nossa participação no programa destinado à saúde, nosso espaço de atendimento na UBS e as VD dos ACS e do médico e a enfermeira.

Ação: Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).

Detalhamento: O médico e a enfermeira participarão nas reuniões organizadas pelas comunidades para ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários com usuários com HAS e DM e usuários com HAS e DM e também convidaremos a nossas reuniões semanais os principais atores da comunidade para conversar e discutir sobre a problemática.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira participarão nas reuniões organizadas pelas comunidades para esclarecer aos usuários com hipertensão, diabetes e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e também convidaremos para as nossas reuniões semanais os principais atores da comunidade para conversar e discutir sobre a problemática.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão durante os espaços de intercâmbio com a equipe (reunião semanal) capacitação aos ACS para que

orientem aos usuários com HAS e DM quanto a realizar as consultas, sua periodicidade e sua importância para o controle adequado da pressão arterial e das cifras de glicemia, para isto se lhes informará a frequência de acordo ao protocolo de atenção básica. Utilizaremos os cadernos de atenção básica e outros documentos disponíveis na UBS.

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira da equipe farão o monitoramento e avaliação das fichas de acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes de nossa área através da supervisão destas, depois de terminar as consultas programadas segundo o cronograma de atividades mensal, que geralmente tem duas consultas por semana, avaliando a qualidade dos preenchimentos dos registros segundo os padrões do MS nos protocolos de atenção básica para HAS e DM.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ação: Manter as informações do E-SUS/e-SUS de pessoas com hipertensão e diabetes atualizadas.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão para manter as informações do E-SUS/e-SUS dos usuários com hipertensão e diabetes atualizados realizando de forma periódica uma revisão deste sistema em conjunto com o gestor de saúde que atende esta atividade para incluir o excluir do sistema aos usuários que são dados de alta ou baixa por motivos de falecimento ou mudança para outra região. Também os ACS deverão informar das alterações de sua área nas reuniões semanais da equipe.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento de pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: O médico e a enfermeira solicitarão os materiais necessários para dar continuidade a implantação da ficha de acompanhamento através dos gestores municipais, nas reuniões semanais para a avaliação do programa, onde se falará sobre a execução. Desta implantação se conversará com a equipe em nossos espaços de análises.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações de pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Para realizar o registro das informações de usuários com hipertensão e diabetes ao terminar cada expediente do dia serão atualizados os cadastros que estão na UBS e se dará seguimento nas próximas consultas sobre o registro destas informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros de pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão na primeira reunião da equipe a definição do responsável pelo monitoramento dos registros dos usuários com hipertensão e diabetes, onde serão explicadas as funções deste. A proposta será discutida pelos membros e aprovada. Constará no livro ata da UBS.

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

Detalhamento: Para o cumprimento desta ação serão informados todos os ACS sobre a organização deste sistema de registro para que através da comunicação telefônica ou qualquer outra sejam viabilizadas situações de alerta que permitam a equipe atuar imediatamente. O espaço para dar a informação desta organização do sistema será na reunião da equipe, onde se dará seguimento semanal para avaliar a execução desta ação.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira utilizando todas as potencialidades de nossos atendimentos e VD realizarão orientações de modo a informar aos usuários e comunidade em geral seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, destacando sua importância para o controle e seguimento adequado das doenças e utilizaremos ademais os atores formais da comunidade e outras organizações comunitárias capacitadas por nossa equipe. Serão utilizados métodos didáticos de ensino como computador, data show, televisão, etc.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas hipertensa e diabéticas.

Detalhamento: O médico e a enfermeira realizarão a capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas hipertensa e diabéticas, nas reuniões semanais que tem a equipe segundo o cronograma de capacitação que foi elaborado pela equipe e estas serão desenvolvidas na UBS, no horário da tarde depois do expediente. Para isto serão utilizadas as fichas e documentos requeridos para os registros, auxiliando-nos de outros meios didáticos como computadores e televisão.

Ação: Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas de pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Para dar cumprimento desta ação desenvolveremos a capacitação segundo o cronograma de atividades de nossas reuniões, o seja, que cada tema identificado para a capacitação tem uma semana para serem analisados e discutidos, os responsáveis pela capacitação serão o médico e a enfermeira e será realizada em nossa UBS, no horário da tarde depois do expediente. Levaremos como exemplos alguns registros que serão distribuídos entre os membros da equipe para estudo, análise e discussão.

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

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Ao detalhar esta ação seguiremos ao igual que nos demais objetivos a verificação dos prontuários clínicos e fichas de acompanhamentos para ter a certeza do cumprimento da estratificação de risco e de não ter, então colocar nossa avaliação nos documentos. Também desenvolveremos ações de supervisão e avaliação dos prontuários depois de terminar o expediente de cada dia. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira e o espaço onde será realizada a avaliação e supervisão será em nossa UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

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

Detalhamento: No cronograma de atividade mensal colocaremos ao menos uma vez por semana atendimentos agendados para os usuários com hipertensão e diabetes avaliados como alto risco, priorizando assim seu atendimento. Também informaremos na reunião da equipe sobre as medidas tomadas (prioridade nos atendimentos normal do programa) e que o cronograma pode sofrer alterações se a demanda fosse maior, para o qual se precisa ter uma boa comunicação entre todos na equipe. Ademais a equipe está em condição de priorizar o atendimento especializado dos usuários que precisem através do apoio que dá a SMS e seu sistema de encaminhamento as especialidades. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira e serão utilizadas as reuniões semanais para dar prioridade aos usuários que tiverem mais dificuldades.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários com HAS e DM, quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: Nas consultas e atendimentos programados serão desenvolvidas as ações de orientação aos usuários com HAS e DM, quanto ao seu

nível de risco e a importância do acompanhamento regular, assim como também em atividades educativas que desenvolveremos nas comunidades e nas VD. Os responsáveis pelas atividades serão o médico e a enfermeira e serão utilizados todos os espaços da comunidade como igrejas, colégios, praças e na UBS. Convidaremos para estas atividades a equipe do NASF e outras especialidades.

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

Detalhamento: Nas consultas e atendimentos programados serão desenvolvidas as ações de esclarecimento aos usuários com HAS e DM e a comunidade, quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, como a realização de exercícios físicos, alimentação saudável e alcoolismo crônico. Também em atividades educativas que desenvolveremos nas VD. Os responsáveis pelas atividades serão o médico e a enfermeira e serão utilizados todos os espaços da comunidade como igrejas, colégios, praças e na UBS. Convidaremos para estas atividades a equipe do NASF e outras especialidades.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Ação: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés.

Detalhamento: Para a realização desta ação incentivaremos o estudo de toda a equipe para que sejam desenvolvidas atualizações, segundo o cronograma de atividades, sobre a realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés. Combinaremos com a SMS e o NASF para o apoio desta capacitação veremos a possibilidade de convidar o especialista em cardiologia. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira, se realizará em nossa UBS, nas primeiras semanas de capacitação.

Ação: Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Para o cumprimento desta outra ação de capacitação executaremos aulas e atividades que mostrem o porquê da importância do registro desta avaliação para o adequado controle dos níveis pressóricos e glicêmicos destes

usuários com riscos de lesões em órgãos alvos. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira na reunião da equipe será o momento para a capacitação, que é no horário da tarde depois do expediente. Utilizaremos meios audiovisuais como computadores, data show e televisão.

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

Detalhamento: Para o cumprimento desta outra ação de capacitação executaremos aulas e atividades que mostrem a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis como uma a alimentação, a não prática habitual de exercícios físicos e uso de outras drogas e bebidas. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira na reunião da equipe será o momento para a capacitação, que é no horário da tarde depois do expediente. Utilizaremos meios audiovisuais como computadores, data show e televisão.

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

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Para monitorar a realização de orientação nutricional as pessoas com hipertensão e diabetes serão revisadas todas as fichas e prontuários, onde deve aparecer registrada a orientação nutricional. Será realizada depois de concluída a atenção diária, pelos membros da equipe e desta maneira se está fiscalizando e controlando o cumprimento da ação. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira da equipe. O seguimento será realizado nas reuniões semanais da equipe para avaliar sua execução.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Em coordenação com o NASF desenvolveremos atividades coletivas sobre alimentação saudável, as quais envolveram a todos os usuários de

hipertensão e diabetes de nossa área, com uma frequência mensal e organizada com o apoio da comunidade e demais organizações que fazem vida em nossa área. As atividades podem ser desenvolvidas durante os atendimentos, também na sala de espera e outras de maior alcance com a comunidade. Serão planejadas de dois em dois meses. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira. Serão utilizados meios didáticos e audiovisuais para dar estas palestras.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Planejar junto ao gestor outras formas de organização de práticas coletivas onde outras instituições participem na educação de hábitos alimentares dos usuários com HAS e DM, como são nutricionistas, endocrinologistas, etc.

Detalhamento: Os responsáveis serão o médico e a enfermeira e deverão incluir de acordo com a gestão realizada pelo gestor o dia que será feito e informar nas reuniões da equipe em quanto este pronto a participação de parceiras.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Nas consultas e atendimentos programados serão desenvolvidas as ações de orientação aos usuários com HAS e DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes. Também daremos orientações em atividades educativas que desenvolveremos nas comunidades e nas VD. Os responsáveis pelas atividades serão o médico e a enfermeira e serão utilizados todos os espaços da comunidade como igrejas, colégios, praças e na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Para a realização desta ação incentivaremos o estudo de toda a equipe para que sejam desenvolvidas atualizações, segundo o cronograma de atividades, sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com

diabetes. Combinaremos com a SMS e o NASF para o apoio desta capacitação e ver a possibilidade de convidar algum especialista desta área. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira, se realizará em nossa UBS, nas primeiras semanas de capacitação. Outras das ações serão planejar intercâmbios com outras equipes de ESF do município e combinar para participar numa das palestras que deste tipo se desenvolvem em qualquer outro ESF.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico e a enfermeira planejem em conjunto com a SMS uma capacitação sobre metodologias de educação em saúde, onde precisaremos da especialista no tema, para que participe na reunião semanal. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira. O lugar da capacitação na UBS. Garantimos o uso do computador, data show e televisão.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Para a realização desta ação teremos que junto a SMS planejar a participação do educador físico durante nossa preparação semanal para ter clara a orientação que vamos a realizar para a atividade física regular aos usuários com HAS e DM. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira. O controle, monitoramento e avaliação serão realizados através da revisão dos documentos básicos dos usuários com HAS e DM.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ação: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Em coordenação com o NASF desenvolveremos atividades coletivas sobre orientação de atividade física, as quais envolveram a todos os usuários de hipertensão e diabetes de nossa área, com uma frequência mensal e

organizada com o apoio da comunidade e demais organizações que fazem vida em nossa área. As atividades podem ser desenvolvidas durante os atendimentos, no começo quando se faz o acolhimento dos usuários e outras de maior alcance com a comunidade. Serão planejadas de dois em dois meses. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira. Serão utilizados meios didáticos e audiovisuais para dar estas palestras.

Ação: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Planejar junto ao gestor outras formas de organização de práticas coletivas onde outras instituições participem na educação física dos usuários com HAS e DM, como são educadores físicos. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira e deverão incluir de acordo com a gestão realizada pelo gestor o dia que será feito e informar nas reuniões da equipe em quanto este pronto a participação de parceiras.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Nas consultas e atendimentos programados serão desenvolvidas as ações de orientação aos usuários com HAS e DM e comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão e diabetes. Também daremos orientações em atividades educativas que desenvolveremos nas comunidades e nas VD. Os responsáveis pelas atividades serão o médico e a enfermeira e serão utilizados todos os espaços da comunidade como igrejas, colégios, praças e na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: Para a realização desta ação incentivaremos o estudo de toda a equipe para que sejam desenvolvidas atualizações, sobre práticas de atividade física regular. Combinaremos com a SMS e o NASF para o apoio desta capacitação

e ver a possibilidade de convidar algum especialista desta área. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira, se realizará em nossa UBS, nas primeiras semanas de capacitação. Outras das ações serão planejar intercâmbios com outras equipes de ESF do município e combinar para participar numa das palestras que deste tipo se desenvolvem em qualquer outro ESF.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico e a enfermeira planejem em conjunto com a SMS uma capacitação sobre metodologias de educação em saúde, onde precisaremos da especialista no tema, para que participe na reunião semanal. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira. O lugar da capacitação na UBS. Garantimos o uso do computador, data show e televisão.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Para a realização desta ação teremos que junto a SMS planejar a participação da equipe municipal, encarregado pelo Programa Nacional de Controle do Tabagismo, durante nossa preparação semanal para ter clara a orientação que vamos a realizar sobre riscos do tabagismo aos usuários com HAS e DM. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira. O controle, monitoramento e avaliação serão realizados através da revisão dos documentos básicos dos usuários com HAS e DM aonde devem ficar sinalado as orientações.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

Ação: Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Detalhamento: O município está aderido ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Nas consultas e atendimentos programados serão desenvolvidas as ações de orientação aos usuários com HAS e DM e comunidade sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, inclusive para o tratamento da hipertensão e diabetes. Também daremos orientações em atividades educativas que desenvolveremos nas comunidades e nas VD. Os responsáveis pelas atividades serão o médico e a enfermeira e serão utilizados todos os espaços da comunidade como as igrejas, os colégios, as praças, a rádio e na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.

Detalhamento: Para a realização desta ação incentivaremos o estudo de toda a equipe para que sejam desenvolvidas atualizações, sobre o tratamento de pessoas tabagistas. Combinaremos com a SMS e o NASF para o apoio desta capacitação e ver a possibilidade de convidar algum especialista desta área. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira, se realizará em nossa UBS, nas primeiras semanas de capacitação. Outras das ações serão planejar trocas com outras equipes de ESF do município e combinar para participar numa das palestras que deste tipo se desenvolvem em qualquer outro ESF.

Ação: Capacitar a equipe da UBS sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico e a enfermeira planejem em conjunto com a SMS uma capacitação sobre metodologias de educação em saúde, onde precisaremos da especialista no tema, para que participe na reunião semanal. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira. O lugar da capacitação na UBS. Garantimos o uso do computador, data show e televisão.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal as pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Para a realização desta ação teremos que junto a SMS planejar a participação do odontologista, durante nossa preparação semanal para ter clara a orientação que vamos a realizar sobre a higiene bucal aos usuários com HAS e DM. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira. O controle, monitoramento e avaliação serão realizados através da revisão dos documentos básicos dos usuários com HAS e DM aonde devem ficar sinalado as orientações.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira organizarem o tempo médio das consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Sem afeitar a qualidade dos atendimentos reduziremos o tempo médio a quase a metade sendo analisado nas reuniões da equipe se o usuário fica satisfeito ou não com o atendimento. No caso de existir insatisfação da população se avaliará pela equipe para corrigir imediatamente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Nas consultas e atendimentos programados serão desenvolvidas as ações de orientação aos usuários com HAS e DM e comunidade sobre a importância da higiene bucal, inclusive para o tratamento da hipertensão e diabetes. Também daremos orientações em atividades educativas que desenvolveremos nas comunidades e nas VD. Os responsáveis pelas atividades serão o médico e a enfermeira e serão utilizados todos os espaços da comunidade como as igrejas, os colégios, as praças, a rádio e na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Para a realização desta ação incentivaremos o estudo de toda a equipe para que sejam desenvolvidas atualizações sobre a higiene bucal. Combinaremos com a SMS e o NASF para o apoio desta capacitação e ver a possibilidade de convidar algum especialista desta área. Os responsáveis serão o médico e a enfermeira, se realizará em nossa UBS, nas primeiras semanas de capacitação.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e DM e/ou usuários com HAS e DM.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.1. Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional.

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

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

6.2. Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3.3 Logística

O protocolo que será adotado para esta intervenção são os Protocolos de Saúde dos usuários de Usuários com HAS e DM, do MS do Brasil, 2012. As ações para viabilizar o monitoramento serão registradas através das fichas espelhos dos usuários que possuem hipertensão e diabetes que são disponibilizadas pelo curso. Estimamos alcançar com a intervenção 632 pessoas usuários com HAS e DM e 181 pessoas usuários com HAS e DM. Faremos contato com o gestor municipal para dispor de todas as fichas espelhos necessárias. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, à medida que os usuários com HAS e DM venham para atendimento clínico será preenchida a ficha espelho em uso na intervenção. Ela será completada pela enfermeira com base nos registros existentes no prontuário dos usuários que são usuários com HAS e DM e usuários com HAS e DM e no sistema de registro da Unidade Básica de Saúde. Sendo solicitada também a participação dos ACS na organização dos registros, pois estes conhecem muito bem estes usuários.

Depois desta etapa há proposta de realização de palestras informativas. As palestras contarão com a participação dos diversos profissionais da saúde da equipe da UBS, com apoio do NASF, após discussão da proposta em reuniões na unidade. Ocorrerão nos dias planejados de consultas aos usuários que possuem hipertensão e diabete, com periodicidade inicialmente mensal, com possibilidade de ser quinzenal para que seja possível abranger todos os usuários. A proposta é realizar abordagem multidisciplinar, possibilitar a troca de experiências e esclarecimentos de dúvidas dos usuários, procurando transmitir as informações de forma acessível e dinâmica durante as palestras, para estas atividades precisando para mesma de computador, aparelho de multimídia, folders e cartazes, sendo que estes materiais também serão disponibilizados pela SMS, também será oferecido um lanche aos participantes do grupo, este lanche será providenciado pela equipe.

Convidaremos os gestores e profissionais da área (NASF) para uma reunião com a finalidade de mostrar a eles sobre a necessidade da realização desta intervenção para a localidade das Contendas, sensibilizando aos gestores e sociedade em geral para a importância da promoção de saúde e mudança de hábitos para melhoria da qualidade de vida, além de discutir e planejamento de ações intersetoriais voltadas para a redução de agravos e doenças do aparelho cardiovascular.

Serão organizadas as consultas, na qual abordaremos assuntos de alta relevância para os mesmos, controlando assim os agravos da hipertensão e da diabetes administrados pela a enfermeira, o médico da UBS e equipe multiprofissional que engloba fisioterapeuta e nutricionista facilitando assim a integração usuários/profissionais.

Estamos prevendo elaborar palestras com uma duração aproximada de 45 minutos, sendo que os temas abordados serão específicos sobre assuntos relacionados a atividade física e dieta equilibrada, a administração correta de medicamentos, ou seja, tomadas de medicamentos no horário e dosagem correta, higiene oral e corporal, cuidados com os pés, aferição da pressão arterial diariamente ou quando possível. Também a ilustração de usuários com sequelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC), DM; utilizando filmes e DVD e espaço e ambiente adequado para atividades físicas durante as atividades educativas realizadas na intervenção, serão utilizados alguns artigos científicos originais e revisões narrativas, devido à sua maior relevância com o tema abordado.

De forma complementar, utilizaremos artigos, documentos oficiais e teses relacionadas a temas atuais de políticas públicas relativas aos sistemas de vigilância dos fatores de risco para hipertensão e diabetes, assim como projetos demonstrativos de intervenção comunitária implantados no Brasil, de forma a construir um panorama geral das ações realizadas no sentido da prevenção primária dos fatores de risco para doenças cardiovasculares (DCV). Pretendo usar estas leituras extras a fim de conhecimento próprio de ações de saúde e políticas voltadas para estas doenças crônicas não transmissíveis.

Pretendemos realizar estas capacitações durante as reuniões de capacitação que ocorrerá semanalmente, com uma duração de 45 minutos, o número de reuniões para esta capacitação será de acordo com a necessidade verificada pelo odontólogo, para o desenvolvimento se necessário o uso do computador, multimídia

e impressão de folhas com as orientações de como fazer a avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

3 Relatório da Intervenção

Com o término das doze semanas de intervenção, elaboro o meu relatório, a cerca dos resultados e experiência obtidos até então. Saliento que, mesmo finalizando os três meses procurei sempre enfatizar com a equipe a importância da continuidade das ideias propostas. Isso tudo, porque os desafios do controle e prevenção da HAS e do DM, assim como suas complicações, são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica.

Desde já considero que é visível que tanto a equipe como a população aderiram a intervenção possibilitando a melhora dos indicadores, ainda que não alcançamos todas as metas propostas, podemos destacar que a atenção aos usuários foi melhorada.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Algumas ações foram facilmente implantadas, outras nem tanto. Em geral, conseguimos seguir com o proposto no cronograma. Realizamos sistematicamente as reuniões semanais onde monitoramos todas as atividades realizadas na intervenção e a busca dos ACS para o cadastramento dos usuários bem como dos faltosos as consultas, também ao terminar cada atendimento planejado no cronograma avaliamos as fichas e prontuários médicos para conhecer os dados do atendimento e transferi-los para a PCD.

Garantimos o registro das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas, nas fichas de atendimento e nos documentos habilitados na UBS garantidos pela SMS.

Melhoramos o acolhimento para os usuários com HAS e DM, fazendo durante as atividades educativas coletivas, orientando sobre o acesso e acolhimento, também convidamos aos membros do NASF (psicóloga, nutricionista e

fisioterapeuta) para apoio nas atividades, assim como outras iniciativas proativas com a participação dos usuários e em conjunto com organizações da comunidade.

Garantimos o material adequado para verificação da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica), recebendo dois aparelhos com seus manguitos e duas fitas métricas, providenciando junto a SMS a manutenção dos meios e insumos necessários para os atendimentos. Além de fazer as mudanças nos aparelhos quebrados pelo uso durante toda a intervenção.

Providenciamos e foram garantidos, junto a SMS a realização do hemoglicoteste na UBS, os meios e insumos necessários para os atendimentos que são o glicosímetro, as lancetas, as fitas reagentes, algodão e álcool. Além de fazer as reposições de material, caso seja preciso.

Informamos a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus na UBS, realizado com o apoio das organizações da comunidade, atividades nas igrejas, colégios e outros espaços de concorrência da população, também deixamos cartazes explicativos fixados nestes locais. Antes de cada ação conversávamos com as lideranças e responsáveis por estas instituições.

Informamos a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente aproveitando todos os espaços da comunidade como: igrejas, colégios e outros pontos de confluência da população para informar aos usuários com riscos de hipertensão e diabetes.

Foram orientados os usuários sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, isto foi feito nos atendimentos específicos e visita domiciliar, além de alertar a necessidade de verificação da pressão arterial e caso tenham alguma modificação da mesma procurem atendimento clínico.

Realizamos também ações de promoção e prevenção sobre uma adequada nutrição, prática de exercícios físicos, mudanças de estilos e saúde mental, realizando uma capacitação para pessoas específicas da comunidade para que elas servissem de multiplicadoras.

Capacitamos aos ACS para o cadastramento e atualização da população da área da UBS, foi realizada a capacitação nas reuniões semanais da equipe aos ACS através do estudo dos cadernos de atenção básica pelos membros da equipe.

Fazendo uso do protocolo de atenção básica para os usuários com hipertensão e diabetes, desenvolvemos ações de capacitação para a verificação da pressão arterial, realizando-se nas reuniões da equipe com a participação de todos os membros. Também foi orientado o estudo dos protocolos para manter-se atualizado.

Capacitamos a equipe para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, numa das reuniões da equipe, onde foi feita a capacitação da equipe sobre o uso e manejo do glicômetro para a realização de hemoglicoteste, sobre sua correta utilização e interpretação dos resultados do exame.

Em todos os atendimentos foi monitorada a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e diabetes, através da revisão dos prontuários clínicos semanalmente preenchidos pela equipe de acordo com o número de usuários atendidos e avaliamos a qualidade do exame clínico das fichas e prontuários dos usuários.

Foram definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e diabetes, sendo realizada de forma colegiada na primeira reunião semanal da equipe, indicando por escrito quais são as atribuições, para todos os que participem, registrando em ata da reunião com nomes completos.

Fizemos a elaboração de um cronograma de capacitação para cada semana de acordo com os protocolos de atenção básica para usuários com HAS e DM. A capacitações foram realizadas todas as semanas, na UBS, com a participação de todos os membros da equipe.

Foram facilitados pela SMS os protocolos, disponibilizados desde o início com o apoio dos gestores da SMS e da Prefeitura e estes ficaram disponíveis na UBS para qualquer consulta e dúvidas dos membros da equipe, em local de fácil acesso.

Durante os atendimentos planejados realizamos o exame dos pés das pessoas com diabetes e colocamos nos prontuários clínicos. Também foram realizadas supervisões nos prontuários pelos membros da equipe que estão preparados para fazer esta atividade.

Nas reuniões semanais avaliamos o cumprimento dos atendimentos planejados para os usuários faltosos e como ficava a próxima semana, para que todos os ACS sabendo o dia e lugar para acolher as pessoas hipertensas e diabéticas provenientes das VD.

Capacitamos a equipe para a realização de exame apropriado dos pés, fazendo uso do protocolo de atenção básica para os usuários com diabetes desenvolvemos a capacitação para a realização de exame apropriado dos pés.

Monitoramos o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. Fizemos o monitoramento dos usuários com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade mediante a revisão dos prontuários e fichas da UBS e investigamos as causas do não cumprimento dos usuários e ficaram anotados no prontuário clínico os motivos pelos quais não se cumpre, dando seguimento nos próximos atendimentos para decidir outras ações para aqueles usuários que são por motivos próprios.

Garantimos a solicitação dos exames complementares dos usuários que participaram nos atendimentos, e foram supervisionados os prontuários para verificar se os exames estavam em dia a cada retorno. Esta ação foi a que tivemos maior dificuldade, pois solicitação dos exames era realizada, mas eles não eram feitos por vários motivos, dentro dos quais é bom destacar que o município não tem laboratório pelo SUS, portanto os usuários para fazer os exames tem que pagar no laboratório particular da cidade ou se for fazer pelo SUS deve ir até o município de Parnaíba (que fica há uma hora de distância), devendo anteriormente marcar os exames na SMS, sendo que tem que enfrentar fila e algumas questões burocráticas geralmente não conseguindo marcar, dessa forma, geralmente os usuários desistem de realizar seus exames. Também é bom lembrar que grande parte dos nossos usuários possuem baixa renda e não tem condições de pagar para realizar estes exames.

Mas mesmo com esta dificuldade, recebemos certo apoio da gestão e o prefeito do município, está sabendo desta realidade da saúde, e têm a proposta de abrir um laboratório no hospital. Ele esta a espera de receber o financiamento, e nossa intervenção só vêm a mostrar o quanto é importante ter este recurso.

A partir disso justificamos o porquê de não termos retorno de nenhum exame nos dois primeiros meses e no último mês o indicador ficou muito baixo. Mas, podemos destacar que realizamos reuniões semanalmente com a SMS e sempre solicitamos e controlamos a agilidade para a realização dos exames complementares.

Em nossos atendimentos e VD também realizamos orientações ressaltando a necessidade da realização dos exames complementares para todos os usuários de

hipertensão e diabetes, destacando sua importância para o controle e seguimento adequado das doenças.

Quanto ao uso dos medicamentos verificamos por meio das fichas espelhos e demais documentos da UBS, procurando saber o acesso aos medicamentos e se existem dificuldades com o abastecimento, foram realizadas as fiscalizações duas vezes por mês e foi informada a SMS sobre as principais dificuldades encontradas durante o monitoramento, para corrigir deficiências próprias do sistema de entrega destes.

A técnica de enfermagem de forma periódica (uma vez por semana) realiza controle de estoque de medicamentos e informa qualquer desabastecimento ou vencimento de medicamento que são usados pelos usuários de hipertensão e diabetes.

Habilitamos na UBS um registro para conhecer as necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão e diabetes, e se mantem atualizado de forma quinzenal pela enfermeira que também faz o pedido aos gestores da farmácia popular com uma frequência mensal.

Informamos aos usuários e comunidade em geral sobre os direitos de acesso aos medicamentos de hipertensão e diabetes, destacando sua importância para o controle e seguimento adequado das doenças.

Durante os espaços de conversas/reuniões com a equipe explicamos a todos os membros que existem alternativas para obter medicamentos da Farmácia Popular, que é através de um cadastramento, levando os documentos de identidade com a receita da UBS que prescreve os remédios que o usuário utiliza, sendo necessário de três em três meses atualizar a receita médica na UBS.

Na maioria dos atendimentos planejados organizamos e avaliamos a necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e diabetes e ficou registrado nos prontuários e fichas usadas para esses efeitos. No início da intervenção não foi realizada a avaliação pela falta de capacitação dela equipe, mais resolvemos que fosse a enfermeira, na reunião da equipe, previamente capacitada pelo odontologista. Desta forma garantimos a avaliação durante o segundo e terceiro mês. Os usuários que não foram avaliados no primeiro mês e que passaram pelo atendimento, se avaliaram no segundo e terceiro mês, todos foram procurados pelos ACS, que conheciam das reuniões, aonde se dava seguimento dos usuários que

faltavam e através do cronograma mensal, eles agendavam o atendimento, ou seja, existia um planejamento semanal para recuperar os usuários.

Ouvimos as comunidades sobre estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e diabetes, através de nossa participação em reuniões organizadas pelas comunidades e também convidamos a nossas reuniões semanais os principais líderes da comunidade para conversar e discutir sobre a problemática,

No cronograma de atividade mensal colocamos ao menos uma vez por semana atendimentos agendados para os usuários com hipertensão e diabetes avaliados como alto risco, priorizando assim seu atendimento. Também informamos na reunião da equipe sobre as medidas tomadas (prioridade nos atendimentos normal do programa) e que o cronograma pode sofrer alterações se a demanda fosse maior, para o qual se precisa ter uma boa comunicação entre todos na equipe. Ademais a equipe está em condição de priorizar o atendimento especializado dos usuários que precisem através do apoio que dá a SMS e seu sistema de encaminhamento as especialidades.

Monitoramos a realização da orientação nutricional as pessoas com hipertensão e diabetes, através da revisão de todas as fichas e prontuários, onde deve aparecer registrada a orientação nutricional.

As orientações eram feitas de forma individual, o seja, durante as consultas pelo médico e pela enfermeira através de conversas e, de forma coletiva, nas palestras que fazíamos, nos acolhimentos e em outras instituições da comunidade; também contávamos com o apoio da SMS e equipe do NASF. Sendo que os usuários ficavam muito satisfeitos porque aprendiam algo novo e importante.

Foram organizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável em coordenação com o NASF onde realizamos uma estratégia que estimulasse aos usuários e a população, por meio de ações educativas e de comunicação, para adotar hábitos alimentares saudáveis, socializando conhecimento sobre a alimentação e a prevenção dos problemas nutricionais no contexto atual.

Entre as estratégias usadas, podemos citar a produção de material didático/educativos adequados para o tipo de intervenção que estávamos desenvolvendo. Os principais objetivos desta atividade eram que nossos usuários e população em geral cuidassem da própria alimentação e da alimentação dos dependentes, para ter mais saúde e qualidade de vida e para preservar o ambiente

e garantir a alimentação das gerações futuras. O número de participantes foi entre 20 e 30 pessoas, todos os meses.

Além das orientações e troca de experiências, os participantes receberam cartilhas com dicas de nutrição e receitas saudáveis e um certificado de participação. Foram produzidas apostilas, cartazes, folhetos com informações e orientações sobre qualidade, valor nutricional, higiene, conservação dos alimentos, além de receitas práticas, econômicas e nutritivas.

Nas consultas e atendimentos programados também desenvolvemos as ações de orientação aos usuários com HAS e DM da comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, tabagismo e higiene bucal. Também falamos a respeito desses assuntos nas atividades educativas que desenvolvemos nas comunidades e nas VD.

Outras das ações foram planejar intercâmbios com outras equipes de ESF do município.

Ao total realizamos 12 capacitações, ou seja, uma capacitação por semana, nas reuniões semanais da equipe depois do expediente. As mesmas foram dadas pelo médico e pela enfermeira com prévia preparação dos mesmos, ajustados ao cronograma de capacitação elaborado pela equipe. Nós apoiamos com meios didáticos como o computador, os cadernos de atenção básica, o televisor e o DVD.



Figura 1: Imagem da realização de um encontro de grupo.



Figura 2: Imagem de uma visita domiciliar.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Em relação as ações previstas no projeto para serem desenvolvidas nestas semanas e que não foram desenvolvidas estão as seguintes:

Solicitamos aos gestores municipais para que eles providenciem o monofilamento 10g através dos pedidos que são realizadas pela UBS e nas reuniões com os gestores que são realizados todas as semanas e ainda não chegou por problemas no pagamento que deve ser realizado para a prefeitura.

O Monofilamento 10g é um método preventivo ao testar a sensibilidade de regiões dos pés dos usuários com diabetes, assim diminuindo o risco de ulcerações e amputações, esse método é eficaz e largamente utilizado na área da saúde, pois não é evasivo, é rápido, e não exige muito da pessoa.

Solicitamos a referência e contra referência para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada e existem muito poucas vagas para esta especialidade e ademais o usuário deve ir para Teresina.

Ainda não é garantido a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, em reuniões com SMS, os gestores estão procurando parceira com outras instituições e de realizar a coleta de exame de sangue para logo ser levada para outro município para análise, já que a abertura do laboratório no município está demorando.

Não foi organizada ainda a agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica das pessoas com diabetes e hipertensão provenientes da

avaliação da necessidade de atendimento odontológico, criando um registro com as prioridades para o atendimento. Foi discutido com os gestores nas reuniões semanais para definir estratégias para do atendimento odontológico.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A coleta e sistematização de dados foram cumpridas corretamente, assim como também no fechamento das planilhas e cálculo dos indicadores para os usuários com HAS e DM. Todas as semanas preenchíamos a PCD com usuários faltosos ou casos novos encontrados nas VD, acrescentando o número de usuários, semana por semana.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Ao realizar uma análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço observamos vários aspectos que estão funcionando adequadamente depois do começo da intervenção, vendo maior integralidade da equipe, mais conhecimento e manejo das doenças em sentido geral por parte dos profissionais e a importância que representa para a população de nossa área estar mudando para melhor o rumo da saúde

A participação ativa deles, nas atividades planejadas pela UBS foram outra amostra de que estão gostando de nossa intervenção, se interessam mais por sua participação em todas as atividades e procuram saber mais ainda de sua doença. A intervenção chegou para revolucionar coisas que estavam ali para eles sem acesso ou sem atenção integral. Com outras palavras a intervenção chegou para ficar.

A equipe se sente comprometida mais ainda com nosso trabalho, está funcionando como uma real equipe, que sincroniza cada dia que teremos uma semana mais da intervenção.

Ao olhar o grau de satisfação da população por nosso serviço, achamos que devemos entregar-nos mais e de dar o melhor de nós, para que esse fogo que prendeu, seja eterno e fique nos corações de todos os que tivemos a oportunidade de participar desta intervenção.

Muitas outras coisas podem ser melhoradas e que lutaremos para conseguir que sejam realizadas, desde a implementação dos exames laboratoriais até a

incorporação de odontólogo na nossa equipe a fim de melhorar ainda mais a qualidade da nossa atenção.

Este tipo de trabalho que é apresentado nas instituições responsáveis pela saúde da população deve constituir como um fórum de amplo debate, onde a discussão dela situação que hoje tem o SUS seja para resolver definitivamente erros passados que tem preso consigo um sistema que na teoria funciona muito bem, mas na realidade, na objetividade não acontece como foi pensado.

Deve-se mudar algumas formas de organização atuais que já é sabido que não funciona e principalmente escutar os principais atores desse processo que são os usuários do sistema, a nossa população.



Figura 3: Imagem da equipe de saúde.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura a pessoas hipertensas e/ou diabéticas é preciso o cadastramento dos 100% dos usuários a usuários com HAS e DM e usuários com HAS e DM.

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

Indicador 1.1.1. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde.

Nossa equipe tinha a proposta de cadastrar 100% das pessoas hipertensas, ou seja, a população alvo, que está na estimativa de 479 maiores de 18 anos, segundo dados da Planilha de Coleta de Dados. Conseguimos cadastrar 435 usuários o que representa 90,8% dos estimados. Como podemos observar na Figura 4 no primeiro mês cadastramos 181 (37,8%) usuários da população alvo, no segundo continuamos aumentando nossas expectativas chegando a 296 (61,8%) e encerramos a intervenção com o 435 (90,8%), faltando cadastrar 44 possíveis usuários com HAS e DM, representando 9,2% dos deixados de cadastrar.

Portanto achamos que não foi atingida a meta, mas o indicador ficou por acima do 90%, considerando os resultados de bom.

Os motivos para a obtenção destes resultados estão no trabalho que desenvolveu toda a equipe desde o início com um planejamento meticuloso nas reuniões semanais, com seguimento das ações quase que diariamente para alcançar o cumprimento desta meta. Achamos também que foi possível pelo grau de compromisso da equipe que procuro várias vezes cada usuário que eram risco de ter esta doença, não ficou nenhum lugar aonde eles não chegaram.

Sabemos que a meta de cobertura era alta, mas pensávamos que com o trabalho e o planejamento da equipe, pudéssemos alcançar a meta, mas de qualquer forma e devido a isso também, tivemos ótimos resultados.

Muitas foram as ações que facilitaram o cumprimento desta meta entre as quais podemos destacar as visitas domiciliares casas por casas, que eram realizadas três vezes por semana, no horário da tarde, participando destas os sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Além de que só fato do começo da intervenção que se espalho em toda a área através da divulgação pelos ACS e demais organizações da comunidade que apoiaram para que a população alvo ficasse sabendo do começo desta e, que foi o motor impulsor para que todas e todos na comunidade ficassem sabendo de nosso trabalho, isso significo muito para ter participação ativa e consciente das pessoas.

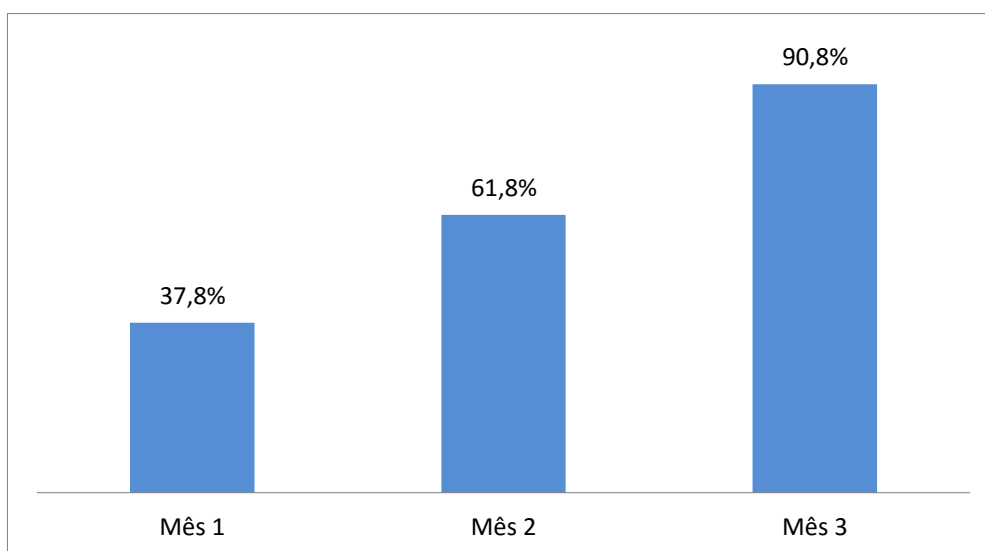


Figura 4: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade básica de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.

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

Indicador 1.1.2. Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde.

Da mesma forma que a meta anterior, nossa proposta era chegar aos 100% dos usuários com HAS e DM, não foi possível alcançar, mas ficou muito perto. A estimativa eram 118 usuários com HAS e DM, segundo estimativas da Planilha de Coleta de Dados (Vigitel, 2011) e cadastramos 115 usuários com diabetes que

representa o 97,5% da população alvo. Como mostra a Figura 5, tentamos manter durante os três meses uma tendência crescente do cadastramento, começando com 48 (40,7%) usuários com HAS e DM cadastrados no primeiro mês 76 (64,4%) no segundo mês e finalizamos a intervenção com 115 (97,5%) usuários com HAS e DM cadastrados.

Ao fazer um balanço desta meta, concluímos que ficou muito melhor que os cadastrados por hipertensão. Não atingimos a meta por ter faltado apenas 3 usuários que não foram cadastrados, sendo que dois se mudaram para outras cidades e outro que faleceu, e não era de conhecimento da equipe, dessa forma podemos considerar que teoricamente todos estão cadastrados, mas mantivemos os dados da PCD.

As principais razões que permitiram chegar a meta proposta são sem dúvida alguma, o trabalho da equipe e sua compenetração, tudo fluiu quando se tem uma equipe trabalhadora e com desejos de melhorar a atenção aos usuários do sistema. Outro motivo foi o apoio da enfermeira, solicitando para que fossem cumpridas as tarefas e ações, nos prazos requeridos; outro aspecto foi o planejamento rigoroso da realização das ações e o intercâmbio periódico com a SMS.

Também destacamos a elevada procura dos usuários pela equipe nas atividades de campo no horário da tarde, essa busca permitiu que conhecêssemos os usuários que eram faltosos as consultas e/ou aqueles que foram diagnosticados em outra época e realizavam seus atendimentos com médicos particulares. De igual forma que para os usuários com HAS e DM as atividades educativas realizadas constituíram um pilar fundamental para a integração a nossos atendimentos.

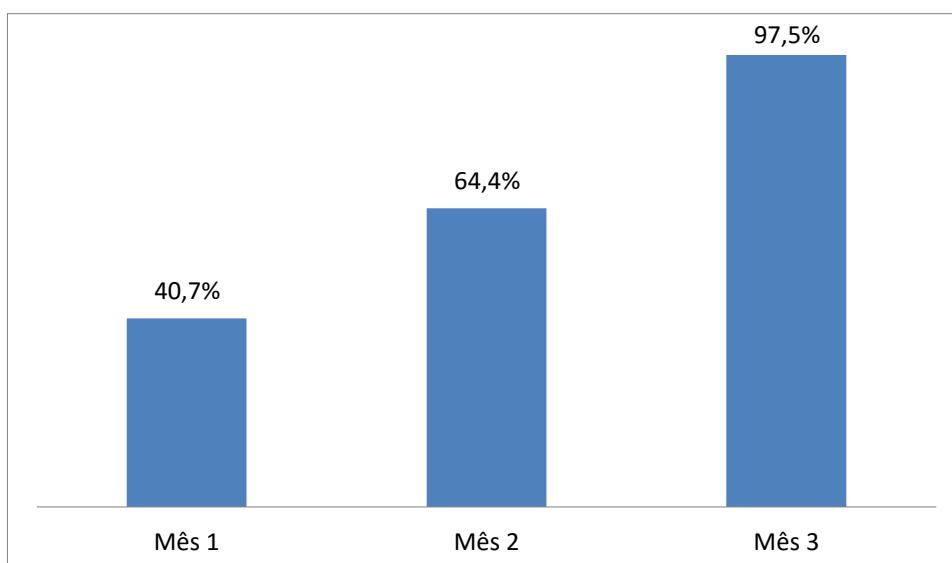


Figura 5: Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.

OBJETIVO 2. Melhorar a qualidade da atenção a usuários com HAS e DM e/ou usuários com HAS e DM

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

Indicador 2.1.1. Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Para a equipe este indicador desde o início era realizar o exame clínico apropriado ao 100% das pessoas com hipertensão e achávamos que não era difícil para atingir, porque dentro de nosso atuar médico devemos realizar o exame clínico como parte da consulta. O resultado obtido foi o esperado, sendo que no primeiro mês realizamos exame clínico em 181 (100%) cadastrados, 296 (100%) no segundo mês e 435 (100%) usuários com hipertensão no último mês, de acordo com o protocolo de atenção básica para HAS.

Este resultado foi avaliado pela equipe como satisfatório, mostrando o trabalho realizado durante os atendimentos, da organização para oferecer atendimento de qualidade.

Os motivos que permitiram o resultado tão satisfatório, achamos que foi a preparação dos profissionais adquiridas nas capacitações semanais; conhecimento das funções dos membros da equipe; harmonização dos processos realizados durante os atendimentos, porque se começava com o acolhimento até a consulta médica ou da enfermeira e todos tinham que garantir sua função com qualidade e ao terminar cada atendimento era realizada uma avaliação pela equipe, aonde era solicitado ao usuário que relatasse de forma construtiva os erros e acertos para melhorar nos próximos atendimentos, isto era feito através de uma pergunta verbal, que os usuários respondiam aos membros da equipe selecionada em cada atendimento e que quase sempre era a técnica em enfermagem, ela anotava os comentários e anedotas mais interessantes e debatíamos na reunião da equipe.

As ações realizadas que facilitaram a melhoria do indicador foram desenvolvidas integralmente pela equipe e podemos mencionar a definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão; organização da capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS, estabelecendo periodicidade para atualização dos

profissionais e de disponibilidade da versão atualizada do protocolo impresso na UBS. Realizaram-se um total de 12 capacitações incluídas as mencionadas anteriormente. Além do monitoramento periódico realizado nos prontuários ao concluir o expediente do dia, que eram realizados pelo médico e pela enfermeira. Também orientamos a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão através das palestras que desenvolvíamos nas igrejas, escolas e na UBS.

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

Indicador 2.2.1. Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

O indicador proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo foi atingido, sendo que no primeiro mês realizamos exame clínico em 48 (100%) usuários, no segundo mês em 76 (100%) e no último mês em 115 (100%) usuários cadastrados na intervenção e todos com exame clínico registrado nos prontuários.

Achamos que os motivos pelo qual atingimos este indicador são os mesmos que os descritos anteriormente porque tem muita relação com nossos atendimentos que sempre eram realizados com grupos de usuários com HAS e DM e usuários com HAS e DM e para não ser repetitivo, quero ressaltar que os usuários com HAS e DM eram poucos, mas neles a realização do exame clínico era mais rigorosa e as orientações dadas eram também de igual forma mais detalhada.

As ações desenvolvidas que facilitaram a melhoria do indicador devemos detalhar os monitoramentos feitos nos prontuários e demais documentos pela equipe que permitiam conhecer a situação em que se encontrava o indicador e poder corrigir nos próximos atendimentos para que não se repetisse. Também a capacitação dos membros da equipe foi umas das ferramentas para atingir este indicador.

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

Indicador 2.3.1. Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia.

O total dos usuários com HAS e DM que foram aos atendimentos quando terminou a intervenção todos tinham o exame dos pés em dia, ou seja, 48 (100%) usuários, no segundo mês 71 (93,4%) e no último mês em 115 (100%) usuários cadastrados estavam com exame dos pés em dia, também com registro no prontuário e demais documentos (fichas, PCD) da sua avaliação.

Fazendo uma análise mais detalhada do gráfico observamos que no segundo mês da intervenção não foi realizado o exame para todos os que receberam atendimento, pois achávamos que o exame com monofilamento 10g tinha que ser parte obrigatória, o que foi corrigido no próximo mês, ou seja, houve um erro de interpretação.

Este indicador também foi avaliado positivamente, sendo que o resultado obtido se deve fundamentalmente ao rigor praticado durante o exame clínico porque o exame dos pés faz parte deste. Outros aspectos foram a capacitação recebida pela equipe para o adequado manejo desses usuários na hora de realizar o exame e dar as orientações.

As ações que facilitaram a melhoria do indicador foram: monitoramento da realização de exame dos pés das pessoas com diabetes o qual era realizado depois do expediente pelos membros da equipe; organização da agenda para acolher as pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares o que era feito durante as reuniões e também era feita uma checagem semana a semana como evoluía esta ação; solicitávamos a referência e contra-referência para pessoas com diabetes que necessitem de consulta especializada, o seja, que as pessoas que eram diagnosticadas com alguma alteração no exame dos pés, a equipe fazia a coordenação com SMS e outra ação importante foi a orientação a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Uma ação que dificultou a melhoria do indicador foi a de providenciar junto à gestão o monofilamento 10g para exame dos pés, para isso fizemos muitos intercâmbios com a SMS e eles sempre mostraram apoio mais deles não dependeu que não fosse facilitado o monofilamento, o que sem dúvidas ia melhorar a

qualidade da atenção dos pacientes usuários com HAS e DM, mais não foi possível pela falta de financiamento.

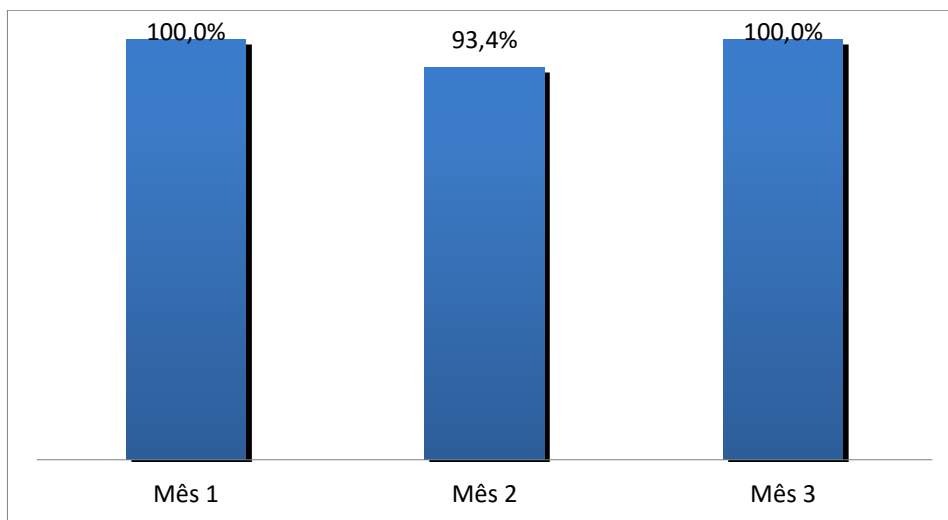


Figura 6: Proporção de pessoas com diabetes com o exame dos pés em dia na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.

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

Indicador 2.4.1. Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Este foi o indicador que ficou pior para atingir e como podemos observar no gráfico que a proporção de usuários com HAS e DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo foi só de 22,1%, ou seja, apenas 96 usuários com hipertensão tiveram seus exames complementares no terceiro mês de intervenção, sendo que não houve nenhum caso no primeiro e segundo mês. Destacamos que 339 pessoas não fizeram os exames, isto é muito negativo já que uma das metas estipuladas é para melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão. Desses 96, quase todos os exames foram pagos pelos familiares para fazer no laboratório particular que há na cidade.

O resultado deste indicador é, portanto, avaliado negativamente e justifica-se pela falta de um laboratório conveniado pelo SUS na cidade para a realização destes exames complementares, sendo que os usuários da nossa UBS possuem baixos recursos econômicos, e moram no interior, quase todos, a grande maioria são pessoas idosas com certo grau de invalidismo para ir a outra cidade que fica longe. Existe pouca oferta de exames pela SMS sendo que os recursos repassados pelo

Governo Federal para essa cidade são muito pouco. O município possui uma população de 30 000 habitantes e a maioria se concentra na cidade, sendo que alguns usuários da nossa UBS quando vão agendar exames na cidade ao chegar lá já não conseguem mais vagas e geralmente desistem e não retornam de novo. Também pode haver agendamento pela internet, mas muitas vezes está fora do ar.

O que temos fazendo para mudar esta realidade que traz prejuízo é que na cidade tem um hospital estadual que tem condições para fazer um laboratório pelo SUS, mais o prefeito está esperando a chegada dos recursos desde janeiro deste ano e ainda nada. Já recebeu um aparelho de ultrassonografia e de RX, mas isto não são partes dos exames que devem fazer os usuários com HAS e DM.

As ações que facilitaram o melhoramento do indicador foram as que dependiam da equipe como: garantimos a solicitação dos exames complementares durante os atendimentos e as VD; foi estabelecido o sistema de alerta para os exames complementares preconizados e orientamos as pessoas com hipertensão e a comunidade quanto a necessidade de realização destes exames complementares através dos atendimentos, visitas domiciliares e as atividades educativas.

Também foi realizada a capacitação da equipe relacionada com este indicador, como era habitual nas reuniões semanais da equipe, sempre dirigidas pelo médico e pela enfermeira e com a participação de convidados da SMS.

As ações que dificultaram o melhoramento deste indicador foi que não garantimos com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo pelos motivos anteriormente expostos.

A explicação de tal situação dada pelos gestores é que a cidade foi recebida pelo atual prefeito em estado de calamidade e aos poucos ele foi organizando e equipando os postos para que pudessem atender a população dignamente. Na atualidade ele está providenciando o financiamento para montar a estrutura de um laboratório clínico pelo SUS.

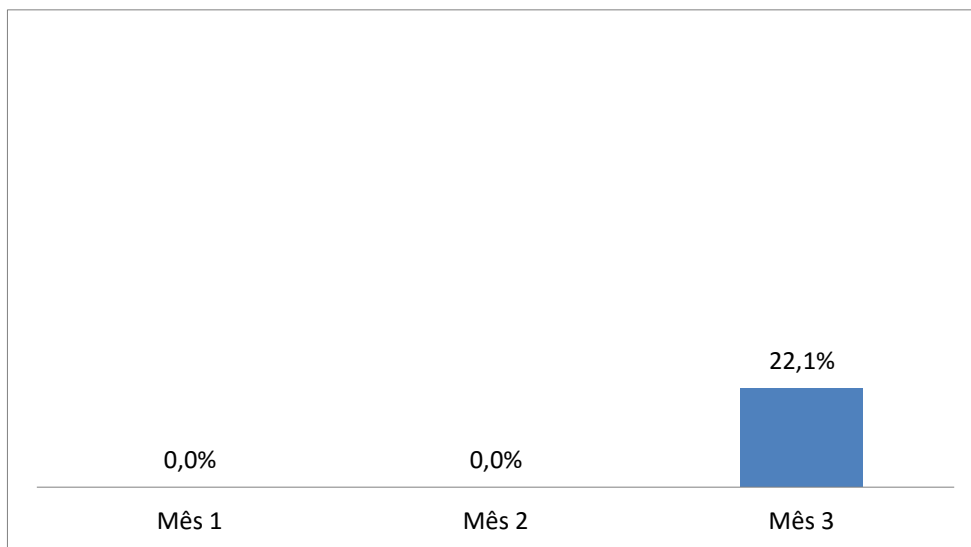


Figura 7: Proporção de usuários com HAS e DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.

Meta.2.5. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.

Indicador 2.5.1. Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ao fazer a análise de forma quantitativa de próximo gráfico observamos que ao igual que o indicador anterior durante os dois primeiros meses este não foi atingido ficando em zero e que ao terceiro mês encerrou com 20,9% dos usuários com HAS e DM que estão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. O seja, que só 24 pacientes estão com exames em dia e 91 não estão o que representa 79,13% da população alvo.

Este indicador também foi avaliado negativamente e as justificativas foram as mesmas detalhadas anteriormente.

A maioria das ações que dependiam da equipe para o melhoramento do indicador foram realizadas, as outras que dependem da ação governamental foram detalhadas no tópico anterior.

Acho oportuno neste momento dizer que não são os exames complementares a parte mais importante para medir a intervenção porque estaríamos faltando a verdade, mas que estes servem para ter uma ideia da magnitude do problema do SUS em relação aos serviços prestados.

As políticas de saúde se constroem com equidade, igualdade de oportunidade, acesso ao sistema por igual e eu acho que não está acontecendo desta forma no estado Piauí. Este indicador é só uma pequena amostra de quanto pode estar acontecendo nas outras áreas da saúde. Que esta intervenção sirva para mudar essa realidade.

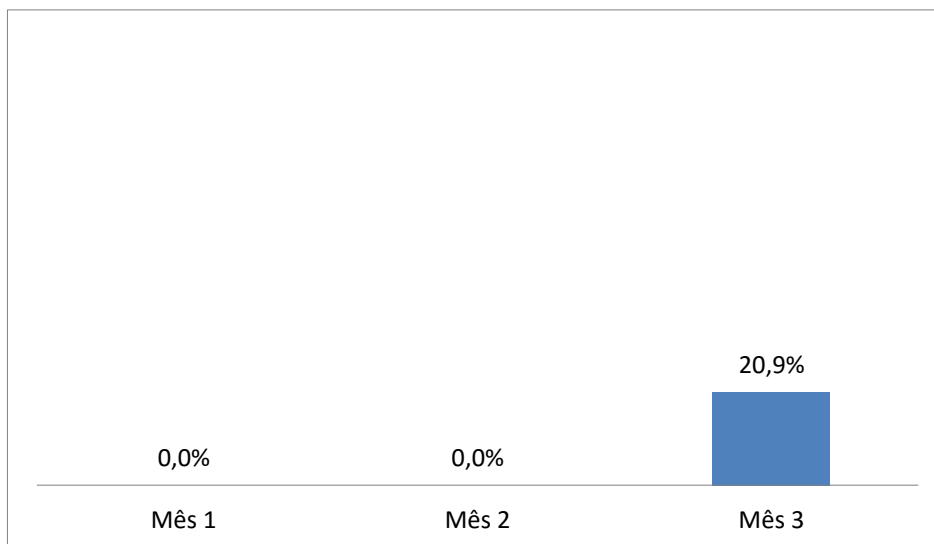


Figura 8: Proporção de usuários com HAS e DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.

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

Indicador 2.6.1. Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Olhando este outro indicador no gráfico que representa o comportamento dele, podemos concluir que não foi atingida a meta que era do 100% das pessoas hipertensas a prescrição de medicamentos da farmácia popular. Sendo que no primeiro mês tivemos 150 (82,9%) usuários com prescrição, no segundo 242 (81,8%) e no terceiro mês 381 (87,6%) usuários com hipertensão. Dessa forma também destacamos que 54 pessoas que representam 12,4% não recebem os medicamentos da farmácia popular.

Nossa equipe acha que o indicador pode ser avaliado de bom, porque mais de 85% dos usuários com HAS e DM recebem medicamentos da farmácia popular, ou seja, que são prescritos para esta unidade que tem um programa do governo para dar atenção de qualidade.

Os demais usuários que não recebiam os medicamentos da Farmácia Popular (12%) era porque a prescrição deles é por outros médicos que não pertencem ao Programa de ESF. Os medicamentos prescritos por eles não estão de acordo da oferta da Farmácia Popular.

Os motivos para este resultado foram à ação de toda a equipe durante as atividades educativas programadas com a comunidade e com os usuários com HAS e DM. Foi interessante conhecer que muitos deles não sabiam que existia esse Programa do Governo Federal na Farmácia Popular dirigidos especialmente para melhorar sua saúde porque encontramos vários que deixavam de tomar os medicamentos porque não tinham para comprar.

As ações que facilitaram o melhoramento deste indicador foram a realização do controle de estoque dos medicamentos que era realizado todas as semanas pela técnica de enfermagem; mantemos um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão cadastrados na UBS; orientamos a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, era realizado nas palestras, nas pesquisas ativas, nas visitas domiciliares e atendimentos médicos.

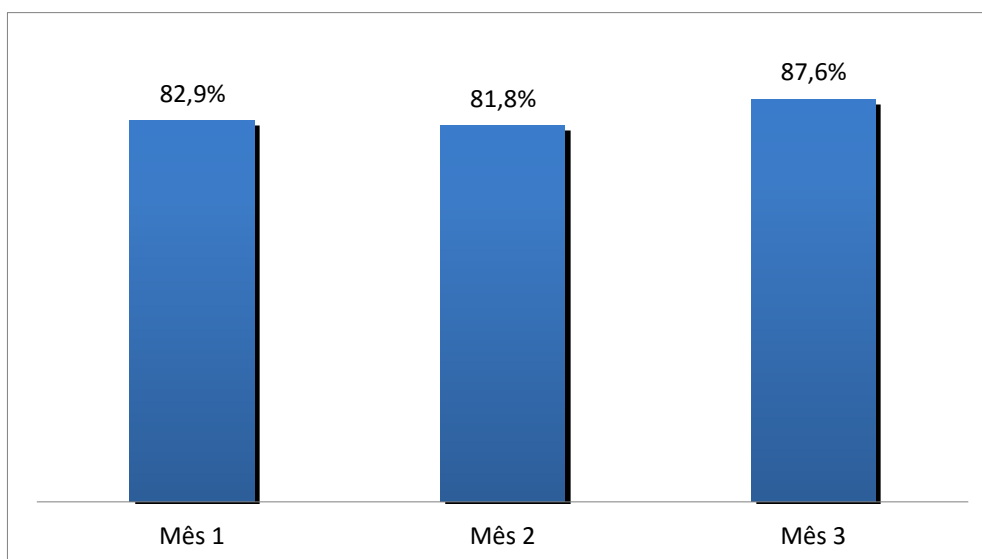


Figura 9: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.

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

Indicador 2.7.1. Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Quando observamos o gráfico que mostra o comportamento deste indicador durante os três meses da intervenção verificamos que não foi atingida a meta que era de 100%, mais teve uma tendência estável, porque não teve variações bruscas. No primeiro mês foi de 38 (79,2%), no segundo de 61 (80,3%) e encerramos com 95 (82,6%). Ou seja, 95 usuários com diabetes receberam os seus medicamentos da farmácia popular e 20 (17,4%) dos usuários não recebem medicamentos prescritos para farmácia popular, porque seus seguimentos são realizados em consultas particulares pelos especialistas.

Da mesma forma que o indicador anterior que mede a prescrição de medicamentos na farmácia popular pode ser avaliado de bom porque mais de 80% dos usuários recebem seus medicamentos da farmácia popular.

Os motivos para este resultado bom achamos que está na estimulação que realizou a equipe em cada uma das atividades educativas, pesquisas, visitas domiciliares e atendimentos, sobre este tema. Além da SMS manter os estoques sempre prontos para os usuários receber nos atendimentos, o seja, que existe vontade política para a saúde, porque é respeitado o financiamento que recebe do governo federal para este tipo de usuários.

As ações que facilitaram o melhoramento do indicador sempre partem do monitoramento, controle dos processos, orientação dos usuários e da comunidade e capacitação e atualização dos profissionais da equipe.

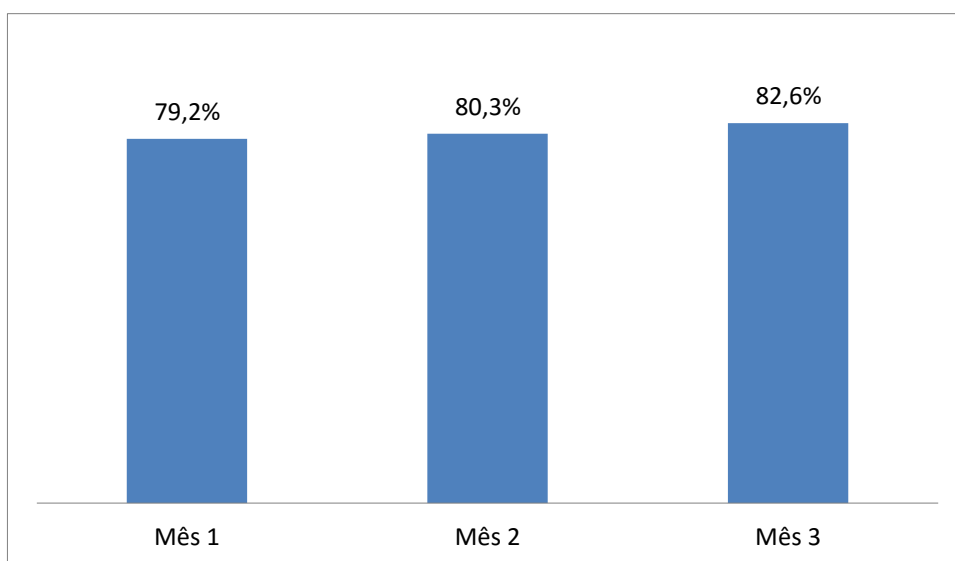


Figura 10: Proporção de pessoas com diabete com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.

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

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

Neste indicador podemos observar que o primeiro e segundo mês, respectivamente, só 113 (62,4%) e 228 (77,0%) usuários tinham realizada a avaliação, mas ao final do terceiro mês 435 (100%) dos usuários foram avaliados, ou seja, conseguimos alcançar a meta proposta.

Os motivos deste resultado positivo foram as trocas de informações que aconteciam semanalmente com a equipe e desta com a SMS informando as necessidades para realização de determinadas ações na intervenção, isto levou a uma capacitação da enfermeira da equipe que nos atendimentos fazia a avaliação dos usuários. Também o cumprimento do cronograma de atividades da intervenção e mensal da equipe que periodicamente repassava pelas áreas aonde faltava algum usuário para ser avaliado.

As ações que também facilitaram a melhora do indicador foram: organização da ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão através do exposto anteriormente; organização da agenda de saúde bucal para a realização do atendimento das pessoas com hipertensão provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, esta ação foi combinada com o odontólogo que passou a atender semanalmente 10 usuários participantes da intervenção. Não podia faltar as orientações da comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários com hipertensão que eram feitas nas palestras e visitas domiciliares.

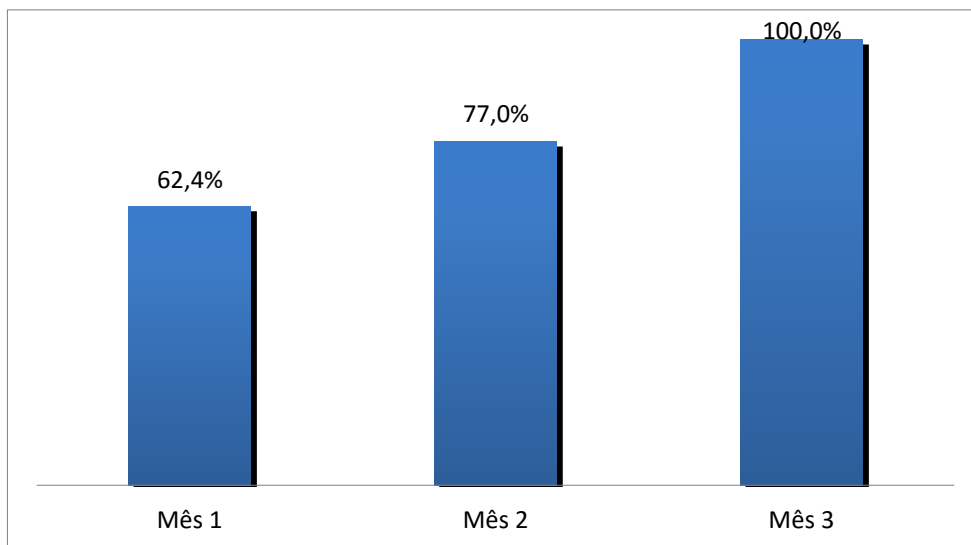


Figura 11: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.

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

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

Ao discutir este indicador observamos que a meta foi atingida, pois foram avaliadas 100% das necessidades de atendimento odontológico das pessoas com diabetes. Observamos o mesmo que aconteceu com os usuários com HAS e DM neste indicador, sendo que no primeiro e segundo mês não foi realizada a avaliação de todos, ficando 26 (54,2%) e 54 (71,1%) respectivamente e encerramos a intervenção com 115 (100%). Detalhando um pouco mais isto quero dizer que a equipe mostrou resolutividade para alcançar a meta porque teve um começo incerto.

Os principais motivos já foram relatados no parágrafo anterior e é muito importante saber como se podem reverter as dificuldades em vitórias e aqui temos um exemplo disto que falamos, a equipe foi corajosa e criou uma situação que virou em sucesso.

Já foram relatadas as ações que facilitaram a melhora do indicador e acho que sem elas seria impossível atingir a meta, todas as ações foram roteiros para que nosso trabalho na intervenção mostrasse os resultados que hoje temos.

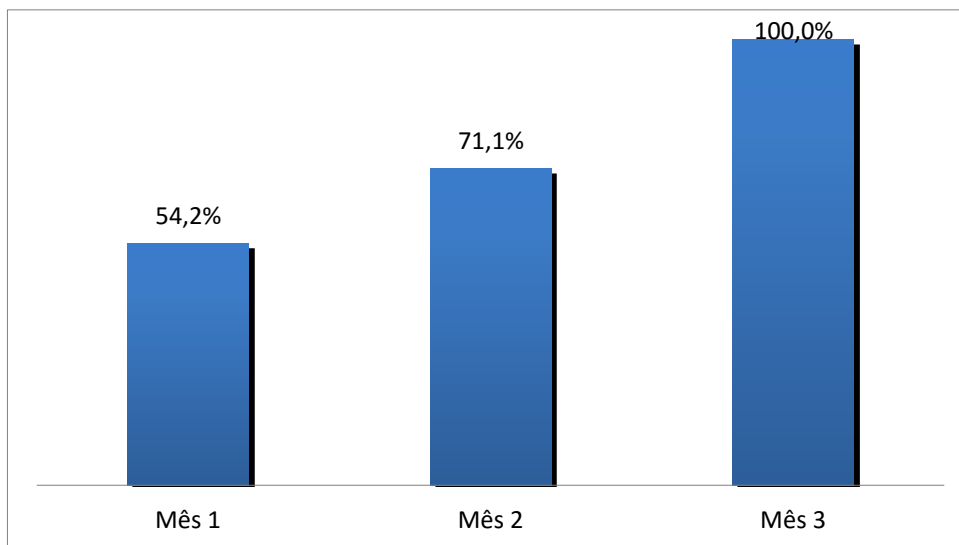


Figura 12: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.

OBJETIVO 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes

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

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

Ao começar a intervenção ninguém da equipe acreditava que tínhamos tantos usuários com HAS e DM e achavam que não atingiríamos nenhum objetivo ou meta porque eram muitos. No primeiro mês da intervenção parecia que eles tinham razão e um exemplo disso é a figura a seguir que mostra que no primeiro mês não tivemos pessoas faltosas, mas a realidade foi outra, pois mês seguinte buscamos 90 (92,8%) dos usuários faltosos e encerramos com o 202 (100%). Com isso observamos que os usuários com HAS e DM existiam, eram agendadas as consultas pelos ACS e não compareciam, mas nossas ações eram insuficientes para chegar a eles porque não havia um trabalho sério, de seguimento e de exigência antes da implementação da intervenção. Ademais a verificação dos prontuários, com a constatação de registros desatualizados e posterior busca dos usuários em questão por consulta médica mostrou-se ainda como um elemento importante no processo de acompanhamento e cuidado continuado desse grupo.

Este foi um dos indicadores onde a equipe trabalhou intensamente porque identificamos nas reuniões que o sucesso da intervenção estava na busca dos

usuários que não se sentiam estimulados em ir aos atendimentos porque se haviam virado só em verificar a pressão e entrega de medicamentos.

As ações que facilitaram a melhora do indicador estão descritas nos protocolos e documentos disponibilizados pelo curso, não fizemos outra coisa como tomar de roteiro e ir em busca dos usuários faltosos. Vamos mencionar algumas delas: exigimos pelo cumprimento da periodicidade das consultas, organizamos visitas domiciliares para buscar os faltosos todas as tardes de segunda e terça feira, foi organizada a agenda para acolher os usuários com hipertensão provenientes das buscas domiciliares, em cada umas das atividades que a equipe fazia, informávamos a comunidade sobre a importância de realização das consultas, sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas e ouvíamos deles as estratégias para que não ocorreram evasão das pessoas com hipertensão. A capacitação dos ACS não faltou em relação a como orientar aos usuários com hipertensão sobre a periodicidade das consultas.

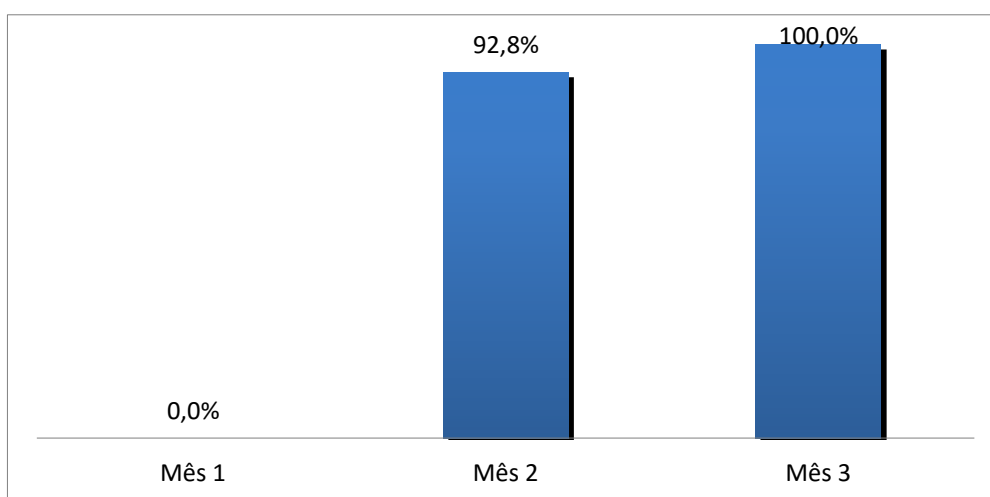


Figura 13: Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.

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

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

Nesta parte da intervenção ocorreu algo contrário com o exposto anteriormente e achamos que foi porque concentramos nossa busca nos usuários com HAS e DM durante o terceiro mês e descuidamos porque estávamos em uma situação melhor com eles. Ou seja, no primeiro mês não tivemos nenhum faltoso, no

segundo mês que chegamos a 20 (100%) e encerramos a intervenção com 57 (96,6%).

Ao final da intervenção não atingimos a meta, mas o resultado achou que foi bom porque está por acima dos 95%.

Os motivos deste resultado atribuíram ao trabalho desenvolvido pela equipe todo na busca dos usuários com HAS e DM e utilizando como roteiro os protocolos e documentos do curso, ao trabalho em equipe e as discussões realizadas para conseguir melhorar as metas e objetivos propostos durante as reuniões. Não ficamos satisfeitos com este indicador porque almejávamos alcançar 100% mas à intervenção continua em nossa UBS e vamos atingir essa meta.

As ações desenvolvidas foram às mesmas que as realizadas para os usuários com HAS e DM, só que as orientações para eles eram mais detalhadas porque precisam de um atendimento mais rigoroso.

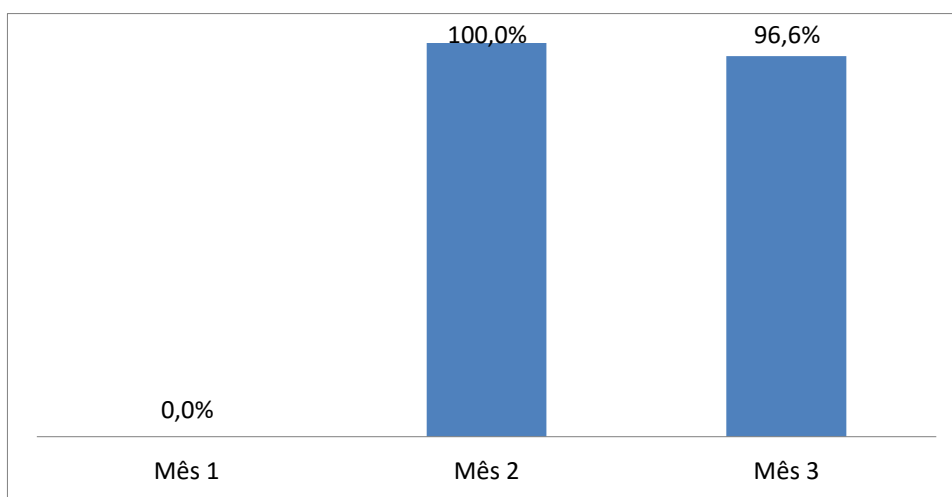


Figura 14: Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas com busca ativa na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Do universo de 435 usuários com HAS e DM que tentamos cadastrar todos eles encerraram com seus registros adequados na ficha de acompanhamento, atingindo a meta que era dos 100%. Ao realizar uma análise mais detalhada observamos que o início foi muito bom, pois chegamos a 181 (100%) das fichas de

acompanhamento preenchidas. No segundo mês houve um decréscimo ao fechar o mês com 239 (80,7%) com registro adequado na ficha pelos motivos que detalharemos e na reta final houve novamente a retomada de 100% (435 usuários), ou seja, foi atingida a meta depois de um segundo mês com desacerto.

Os motivos para a obtenção desse resultado foi o monitoramento das fichas espelho, pois houve um momento que não foram registradas adequadamente e na revisão que fazíamos das mesmas verificamos o problema, sendo que no segundo mês, o responsável, que era uma das técnicas de enfermagem, pelo monitoramento estava de férias e a equipe não teve essa previsão, mais no terceiro mês conhecendo as fichas sem registro adequado, foram acionados os ACS e informados da situação e conseguimos o resultado final que mostramos no gráfico.

Dessa forma verificamos o quanto é importante termos os registros adequados para auxiliarmos nosso trabalho.

Todas as ações que estão na planilha de objetivos, metas, indicadores e ações foram articuladas e prestas a funcionar pela equipe que as utilizou como uma ferramenta importante na intervenção, o que permitiu facilidades no melhoramento do indicador.

Podemos ressaltar o monitoramento e qualidades dos registros; a definição do responsável pelo monitoramento dos registros; um sistema de registro que viabilizou as situações de alerta e a capacitação da equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento das pessoas hipertensas e no registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

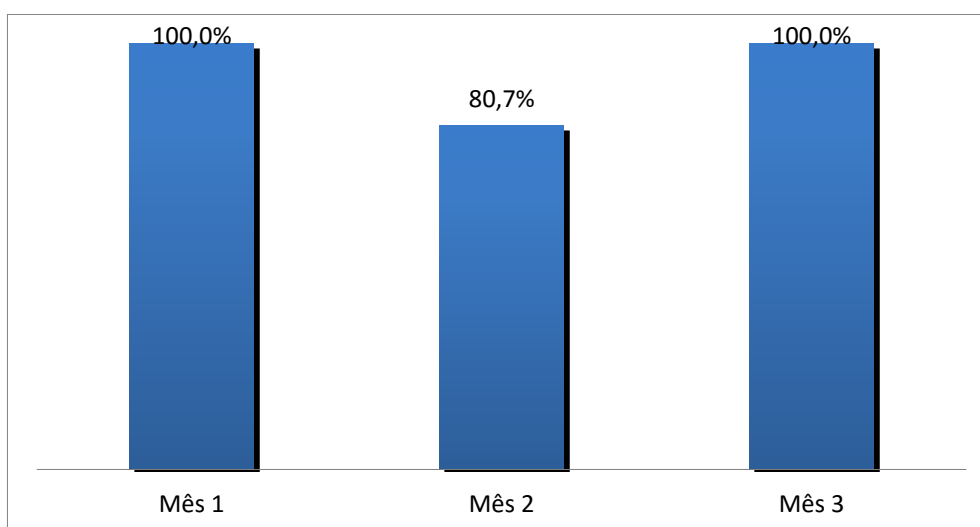


Figura 15: Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.

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

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

Ao realizar uma análise dos resultados quantitativos deste indicador podemos observar que foi atingida a meta proposta, pois conseguimos manter as fichas de acompanhamento com 100% (48) no primeiro mês, no segundo mês com um decréscimo chegando a 82,9% (63), e no último mês com 100% (115).

Quanto a análise qualitativa deste indicador gostaríamos de dizer que o resultado foi bom porque mostramos cumprimento das metas traçadas.

Os motivos se repetem porque são duas doenças que tem quase o mesmo protocolo de atendimento e as ações para dar saída as metas e objetivos são as mesmas. Nos quatros eixos pedagógicos a equipe teve cumprimento das ações de forma integral para poder alcançar a meta proposta, os quais foram ressaltados nos parágrafos anteriores. Além de não ser repetitivos.

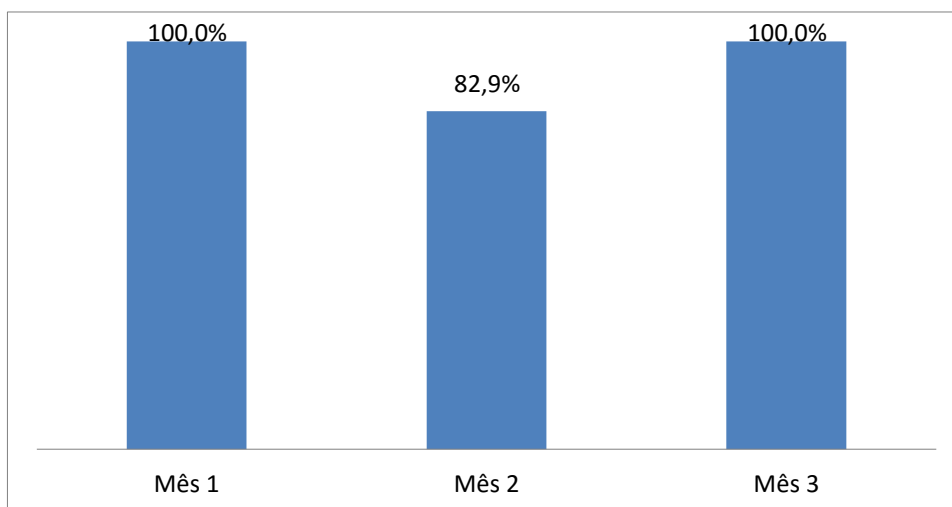


Figura 16: Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.

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

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

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

Ao fazer a discussão do indicador observamos que encerramos a intervenção com a meta atingida que era do 100%. Sendo que no primeiro mês 181 (100%) usuários tiveram estratificação de risco cardiovascular, no segundo mês 239 (80,7%) e no terceiro 435 (100%).

Devemos ressaltar que em nossa equipe possuímos três pessoas capacitadas para realizar este tipo de trabalho, que eram o médico, a enfermeira e a técnica de enfermagem. No segundo mês, uma das técnicas de enfermagem tirou férias, e a falta de qualquer pessoa capacitada é determinante para conseguir ou não os nossos objetivos e metas.

Os motivos e ações que facilitaram a melhoria do indicador estão a preparação e capacitação dos profissionais da equipe quanto a realização da estratificação de risco cardiovascular, sendo a enfermeira chefe a responsável pelo cumprimento deste indicador. Outras das ações foram as orientações dada aos usuários, pois o conhecimento deles em relação ao risco é vital para prevenir complicações de sua doença. E por último o monitoramento feito nos prontuários e documentos para alertar sobre qualquer situação negativa.

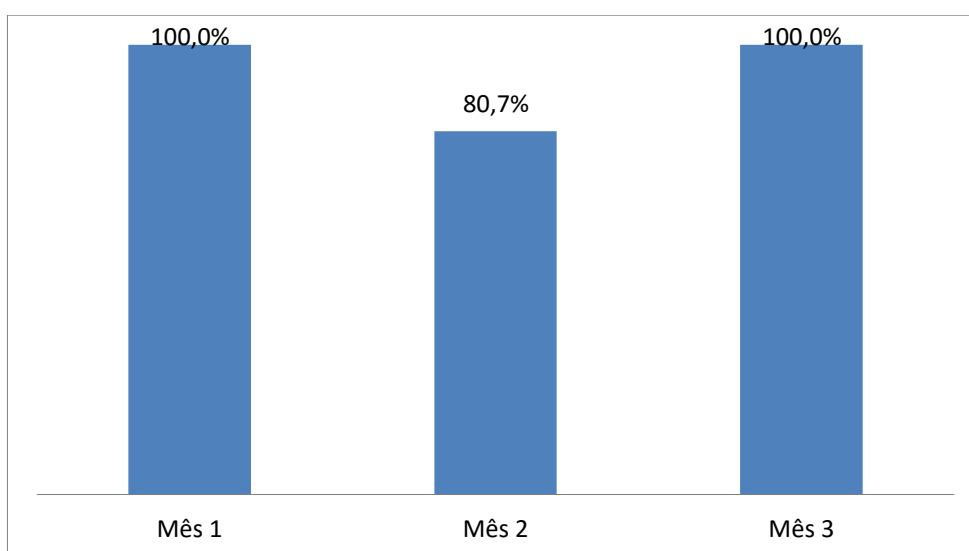


Figura 17: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.

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

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

De acordo com a Figura 20 verificamos que no primeiro mês tivemos 48 (100%) usuários com estratificação de risco, no segundo 63 (82,9%) e no terceiro mês 115 (100%).

Consideramos juntamente com a equipe a forma como foi conduzida a intervenção quanto ao planejamento, organização e controle dos processos são os principais motivos que permitiram alcançar estes resultados positivos. Agregar que para isto se necessita de trabalho coordenado entre todos os membros da equipe.

As ações que facilitaram o melhoramento do indicador foram as seguintes: capacitação da equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis dos usuários com HAS e DM; priorização do atendimento das pessoas com diabetes avaliadas como de alto risco e organização da agenda para o atendimento desta demanda.

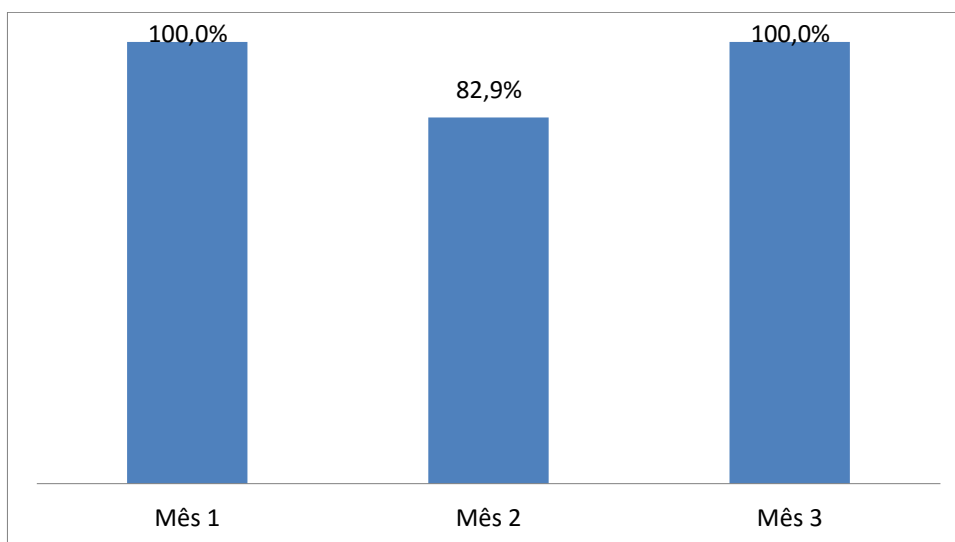


Figura 18: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Contendas, Cocal/PI, 2015.

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

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

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

Continuando com a análise dos resultados da intervenção neste gráfico observamos como durante os três meses foram atingidos a meta de garantir orientação nutricional a 100% dos usuários com usuários com HAS e DM. Sendo que no primeiro mês 181 (100%) usuários foram orientados, no segundo mês 296

(100%) e no terceiro mês encerramos a intervenção com 435 (100%) usuários com hipertensão orientados sobre nutrição saudável.

Os motivos para o bom resultado deste indicador foram todas e cada uma das atividades desenvolvidas pela equipe dentro e fora da UBS, ou seja, todas as ações executadas com os usuários e com a comunidade nas escolas, igrejas, UBS, com o apoio da SMS e o NASF.

As ações que facilitaram o melhoramento do indicador foram: as práticas coletivas realizadas durante a intervenção e com o apoio da nutricionista que participou ativamente todos os meses, utilizando métodos adequados para os usuários pudessem entender. Outras das ações para poder nossa equipe compartilhar conhecimentos foi a capacitação sobre metodologias de educação em saúde que foram realizadas nas reuniões da equipe e que acrescentou nossos conhecimentos porque foi desenvolvida pela nutricionista. Como todo indicador tem que ter monitoramento este foi realizado todos os meses pela equipe e o responsável foi o médico.

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

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

Neste indicador também atingiu 100%, sendo que no primeiro mês 48 (100%) usuários com diabetes foram orientados, no segundo mês 46 (100%) e no terceiro e último mês 115 (100%) pessoas que tinham diabetes receberam orientação nutricional saudável. O comportamento e comparação deste indicador durante os três meses foi o mesmo que o anterior.

Os motivos para este bom resultado foi a preparação dos atendimentos e de ter pronto os documentos para o registro da orientação no prontuário e demais documentos. Também ao seguimento e controle das atividades de práticas coletivas que eram dadas todos os meses com o apoio da nutricionista e de outros parceiros que participavam com nossa equipe.

Para concluir com o análise qualitativo deste indicador queremos descrever as principais ações que facilitaram o melhoramento do indicador e que se repetem a o longo deste trabalho. Capacitação da equipe sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes que foi dada pela nutricionista do NASF; sendo demandada através do gestor municipal para realizar parceiras institucionais para realizar este tipo de atividades.

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

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

O resultado deste indicador como parte de nossa intervenção se mostra que no primeiro mês 181 (100%) usuários foram orientados, no segundo mês 296 (100%) e no terceiro mês encerramos a intervenção com 435 (100%) usuários com hipertensão orientados sobre a prática de atividade física.

Os motivos deste resultado bom estão no entendimento da equipe que nossa principal arma é a educação, a promoção, a prevenção em saúde e que também acolheram muito bem nossos usuários.

A prática regular de atividade física nos usuários com hipertensão está sendo valorizada por eles, pois ouvimos relatos constantes o interesse pela realização da prática de exercícios.

As ações que facilitaram o melhoramento do indicador foram: a orientação das pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento da hipertensão que foram realizadas em os atendimentos, palestras, atividades com a comunidade.

Estas ações poderiam ter sido melhor realizadas se tivéssemos apoio de educadores físicos, sendo que foi demandado aos gestores, mas não tivemos retorno porque o NASF só tinha dois educadores para a totalidade das UBS e como alternativa não foi solicitado apoio ao fisioterapeuta.

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

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

Outros indicadores que atingiu a meta pré-estabelecida na intervenção foi a proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física. Sendo que no primeiro mês 48 (100%) usuários com diabete foram orientados, no segundo mês 46 (100%) e no terceiro e último mês 115 (100%) pessoas que tinham diabete receberam orientação quanto a prática de atividade física.

Os motivos deste outro resultado bom acreditamos que foi pela equipe ter realizado todas as orientações durante os espaços criados para dar atendimentos de

qualidade, na comunidade através das escolas, nas igrejas, nas ruas, nas consultas da UBS. Também devemos ressaltar o grau de aceitação da comunidade e dos usuários que motivaram nossa equipe na busca de opções que cobriram suas necessidades.

As ações desenvolvidas e que facilitaram o melhoramento do indicador foram a capacitação da equipe como já foi tratado no indicador anterior. Estas ações ajudaram a equipe na atualização profissional e pessoal que é importante para a transmissão aos usuários e comunidade em geral.

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

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

Este indicador também mostrou uma tendência estável durante toda a intervenção, porque achamos que é uma prática comum dos profissionais da saúde, que em nossos atendimentos e demais atividades na comunidade, sempre falamos e orientamos sobre os riscos do tabagismo. Sendo assim, verificamos que no primeiro mês 181 (100%) usuários foram orientados, no segundo mês 296 (100%) e no terceiro mês encerramos a intervenção com 435 (100%) usuários com hipertensão orientados sobre o risco do tabagismo.

Os motivos para este resultado bom estão, como em os demais indicadores positivos, no grau de resposta da equipe para desenvolver a intervenção, o apoio das instituições de saúde e governamentais do território, que sem elas fosse impossível realizar uma intervenção desta magnitude.

As ações que facilitaram a melhora do indicador podemos resumir nas capacitações da equipe para afrontar os usuários tabagistas e tentar que compreendam a importância de não se fumar. Outras das ações foi tentar o começo do Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde na cidade que está pronto, mas ainda não funciona porque o pessoal preparado está de licença neste período de intervenção.

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

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

A análise quantitativa deste indicador mostra que no primeiro mês 48 (100%) usuários com diabetes foram orientados, no segundo mês 46 (100%) e no terceiro e último mês 115 (100%) pessoas que tinham diabetes receberam orientação quanto ao risco ao tabagismo.

Os motivos para este resultado são os mesmos que foram apresentados, no indicador anterior, compromisso, desejos de fazer as mudanças necessárias que a intervenção mostrou, com o apoio da comunidade, os gestores de saúde, as organizações governamentais e sobre tudo para a melhora da qualidade de vida de nossos usuários.

As ações que facilitaram foram traçadas através de estratégias que envolviam a equipe, comunidade e gestores, dentro delas podemos mencionar as orientações as pessoas com diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo que foram realizadas nas atividades programadas para promover e promoção de saúde.

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

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

Neste indicador no primeiro mês 181 (100%) usuários foram orientados, no segundo mês 296 (100%) e no terceiro mês encerramos a intervenção com 435 (100%) usuários com hipertensão receberam orientação sobre higiene bucal.

Ao fazer o balanço qualitativo do indicador achamos que os principais motivos que ajudou a atingir a meta proposta foi o empenho da equipe para realizar a intervenção, volto a repetir que nada teria sido feito sem a entrega e o amor com que foi acolhida a intervenção pelos profissionais e pela população, e esta foi outra mostra porque dentro do grande cumulo de tarefas e ações que realizamos, alguns dos membros tinha que desenvolver mais de uma, nesta orientação depositamos nossa confiança novamente na enfermeira chefe, que parabenizamos porque todas as desenvolveu com muita entrega.

O monitoramento periódico e sistemático dos documentos da intervenção, as capacitações sobre este tema da higiene bucal dos usuários com HAS e DM recebidas pelos especialistas mais competentes da cidade, que foi o doutor encartado pela SMS quem fazia a capacitação, através de parceiras criadas por a SMS para facilitar a intervenção e a organização do tempo médio de consultas com

a finalidade de garantir orientações em nível individual, foram às ações que facilitaram a melhora do indicador.

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

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

Ao discutir este indicador observamos como a meta foi atingida, sendo que no primeiro mês 48 (100%) usuários com diabetes foram orientados, no segundo mês 46 (100%) e no terceiro e último mês 115 (100%) pessoas que tinham diabetes receberam orientação quanto a higiene bucal.

Os motivos deste outro resultado bom acreditamos que foi pela equipe que realizou todas as orientações durante os espaços criados para dar atendimentos de qualidade, na comunidade, através das escolas, nas igrejas, nas ruas, nas consultas da UBS. Também devemos ressaltar o grau de aceitação da comunidade e dos usuários que motivaram nossa equipe na busca de opções que cobriram suas necessidades.

4.2 Discussão

A intervenção, em minha UBS “Contendas”, propiciou ampliação da cobertura da atenção aos usuários com HAS e DM e usuários com HAS e DM, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos usuários com HAS e DM e para a classificação de risco de ambos os grupos.

A melhoria do registro e o agendamento dos Usuários com HAS e DM e Usuários com HAS e DM viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea.

A verificação dos prontuários, com a constatação de registros desatualizados e posterior busca do usuário em questão para consulta médica, mostrou-se ainda como um elemento importante no processo de acompanhamento e cuidado continuado desse grupo.

Como resultado secundário, conseguiu-se uma organização da infraestrutura de apoio para a família, que consistiu em: fornecimento regular da medicação pela UBS e realização de ações educativas junto aos usuários, pois um tempo foi

reservado para discussão em grupos e exposições, onde se era discutido tudo o que ocorria na família, junto com a equipe levantando os pontos-chaves e discutindo tudo que poderia ajudar na melhoria da saúde e qualidade de vida dos usuários e em contrapartida ouvíamos as opiniões dos mesmos.

Quanto à alimentação dos participantes da intervenção, eles relataram a adoção de uma dieta adequada e balanceada de acordo com as suas necessidades devido o fato de serem acometidos por essas doenças. Com relação aos resultados obtidos foi notória a melhora na qualidade de vida das famílias, a autossatisfação dos mesmos e uma melhora no autoestima de cada integrante.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes.

Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e da recepção.

A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas.

O trabalho em equipe foi essencial para a realização das ações propostas pelo estudo. A considerável maioria dos membros da equipe foi participativa, mas é o trabalho dos ACS que merece destaque, pois foram os que tiveram a maior contribuição, uma vez que participaram de reuniões, mobilizaram os usuários para a participação nos encontros mensais previstos, participaram dos encontros e foram capacitados.

A capacitação dos ACS para abordagem domiciliar dos usuários com HAS e DM e/ou usuários com HAS e DM foi muito importante, tanto para a implementação da intervenção, quanto para a qualificação de seu processo de trabalho na atenção a esse grupo.

Nessa perspectiva, pode-se inferir que outras ações dessa natureza e que envolvam os outros membros da equipe, são necessárias para melhorar ainda mais o trabalho na UBS, como capacitações que contribuam para proporcionar um maior conhecimento acerca dos temas relacionados à atenção aos usuários com HAS e DM e/ou usuários com HAS e DM, e que reforce o compromisso e as atribuições de cada membro da equipe.

As atribuições que ficaram de cada um dos membros da equipe foram analisadas nas reuniões semanais e a maioria delas foram para o médico e a enfermeira da equipe.

As atribuições dos ACS foram a mobilização dos usuários da população alvo da intervenção, as visitas domiciliares junto ao médico nas tardes de segunda e terça feira que, foram muito importantes para buscar faltosos na consulta de HIPERDIA; a preparação das atividades coletivas e individuais que ajudaram para a conscientização da população em geral.

A técnica de enfermagem ficou com a responsabilidade dos registros de toda a intervenção que foram todos os documentos disponibilizados pela universidade e os outros que normalmente são usados pela equipe.

Sobre o médico ficaram as atividades relacionadas com o atendimento clínico e a capacitação da equipe em todos os temas relacionados com a intervenção, a condução junto a enfermeira das reuniões da equipe e a coordenação dos materiais e insumos que precisamos, através dos gestores municipais que facilitaram papéis, impressoras e computador.

A enfermeira garantiu o cumprimento do cronograma de atividades mensal da equipe e da intervenção, através do planejamento e controle sistemático. Também participou das preparações das capacitações e recebeu capacitação do odontologista sobre o atendimento odontológico para realizar a avaliação dos usuários. Ademais foi a responsável pela organização das palestras e outras atividades de grupos junto com o NASF (nutricionista, fisioterapeuta, educador físico).

Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço como foi a atenção aos usuários idosos que quase sempre coincide suas doenças com as doenças objeto da intervenção; porque incorporaram estilos de vida saudáveis para o melhorar sua qualidade de vida.

Outro impacto no serviço foi a mudança no pensamento que tinham os usuários sobre os atendimentos que anteriormente era baseado em tratamento e atendimento a demanda espontânea, e também evidenciamos que muitos dos usuários participantes da intervenção incorporaram ao seu modo de vida que devem aprender a conviver com suas doenças para o controle destas.

Também mudou o pensamento da equipe que se sentiu mais comprometida e valorizou melhor a razão de ser da nossa equipe, que é brindar para nossa

população serviços de qualidade cada vez melhores. Isto contribuiu que a equipe funcionasse como um relógio que sabia o que fazer a cada momento. Assumiu a intervenção como rotina e percebeu que esta deveria ter sido incorporada no serviço há muito tempo atrás.

Até o início da intervenção, a atenção prestada aos usuários com HAS e DM na UBS baseava-se nas consultas médicas e de enfermagem, na unidade ou em domicílio, e no acompanhamento dos mesmos pelo registro do Programa HIPERDIA.

A maioria destes usuários não estava cadastrada no Programa HIPERDIA e não possuíam registro de medicamentos atualizados no prontuário clínico, único instrumento de registro dos procedimentos.

Muitas atividades educativas eram realizadas, mas não havia grupo para educação em saúde formado, e nunca havia sido realizada a avaliação de risco cardiovascular, a avaliação dos pés e adesão ao tratamento medicamento desses usuários.

Antes da intervenção, as consultas médicas e de enfermagem para usuários com HAS e DM e/usuários com HAS e DM acompanhados na UBS eram ofertadas em apenas um dia por semana, o que tornava o atendimento cansativo, tanto para a equipe quanto para os usuários. Pode-se atribuir a isso o não cadastramento desses usuários.

Com o aumento da oferta de consultas médicas e de enfermagem para esse grupo também nos outros dias da semana, percebeu-se que a atendimento prestado ao hipertenso e/ou diabético ficou menos cansativo, houve o aumento do acesso desses usuários ao serviço, e aumento do tempo da consulta, o que permitiu realizar registros necessários com mais calma.

O impacto da intervenção é percebido pela comunidade. Os usuários com HAS e DM e usuários com HAS e DM demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera um pouco de insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos 45 usuários com HAS e DM sem cobertura, de acordo com as estimativas da Planilha de Coleta de Dados.

A participação da comunidade na intervenção também foi importante para a efetivação das ações previstas. Os usuários com HAS e DM, além de responderem, muitos frequentaram os encontros mensais para as atividades educativas.

A adesão às atividades educativas realizadas pela UBS não foi uma dificuldade. Para a realização dos encontros mensais de educação em saúde e orientação sobre o cumprimento correto do tratamento medicamentoso, alimentação saudável, tabagismo e prática de atividade física, a mobilização foi realizada através de convite impresso, cartazes na unidade para todos os usuários com HAS e DM e/ou usuários com HAS e DM da área de abrangência e, principalmente, para os usuários que responderam. Ainda assim, nem todos participaram. A partir do interesse e comprometimento de frequência dos usuários que participaram do primeiro encontro, o grupo de educação em saúde foi formado.

Ainda que nem todos tenham participado dos grupos, eles receberam as orientações durante as consultas. Fica o desafio para a equipe em dar continuidade ao cronograma de encontros previstos (mensalmente), programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas nos encontros e captar ainda mais usuários.

Basta que os usuários com HAS e DM sejam avaliados pela equipe, e que, a partir do resultado, sejam traçadas estratégias adequadas com este objetivo.

Após os três meses da intervenção, constatou-se que os objetivos inicialmente propostos, de avaliar e monitorar a atenção prestada aos usuários com HAS e DM da UBS foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, e que provavelmente trouxeram melhoria da atenção aos usuários com HAS e DM, pois o tema passou a receber destaque no dia a dia dos profissionais e da população. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

Se iniciasse a intervenção hoje eu priorizaria as atividades coletivas, como os grupos de usuários com HAS e DM e usuários com HAS e DM, as palestras informativas, com objetivo de aumentar a adesão da equipe às ações preventivas destinadas à população em geral, evitando o predomínio de atividades individuais de cunho prioritariamente curativo.

Acredita-se que, aumentando a adesão da população às mudanças de estilo de vida, ao uso correto das medicações e estimulando a autonomia dos sujeitos em relação ao seu estado de saúde e de bem-estar o projeto contribuirá de forma significativa para melhoria das condições de saúde e de vida da população adstrita.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe.

Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto.

Agora que estamos no fim da intervenção, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção já esta sendo incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos usuários com HAS e DM e usuários com HAS e DM em especial os de alto risco.

Notamos que as faltas de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta de indicadores.

Vamos adequar as fichas dos usuários com HAS e DM e usuários com HAS e DM para poder coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

No eixo Organização e Gestão do Serviço, a avaliação realizada para os usuários com HAS e DM e/ou usuários com HAS e DM através da aplicação das fichas pelos profissionais, pode ser incorporada na rotina do serviço. Demanda apenas que tal incorporação no cotidiano do serviço tenha sua execução planejada (durante os encontros de grupo, atendimento médico ou de enfermagem ou durante as visitas domiciliares) e reforçada nas reuniões de equipe.

O cadastramento dos usuários com HAS e DM continua sendo realizado após a intervenção durante o acesso dos mesmos na UBS.

Com relação ao eixo Monitoramento e Avaliação, o cadastramento dos usuários com HAS e DM e/ou usuários com HAS e DM, configura-se uma ação de grande importância para a prevenção e controle da HAS e DM, pois favorece a vinculação e melhor acompanhamento desses usuários e garante o recebimento de fármacos para o tratamento medicamentoso, sendo assim já incorporamos no cotidiano do serviço. Para que isso permaneça no serviço, faz-se necessário o comprometimento e a dedicação de toda a equipe multidisciplinar, além do treinamento específico necessário, proporcionado através de capacitações e/ou reuniões de equipe.

No eixo Engajamento Público, atividades educativas foram realizadas e o grupo para educação em saúde foi criado.

No entanto, fica o desafio para a equipe multidisciplinar da UBS em dar continuidade ao cronograma de encontros previstos (mensalmente), programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas em cada encontro e captar ainda mais usuários.

No eixo Qualificação da Prática Clínica, inserimos na rotina da UBS a realização de atividades de educação em serviço, a fim de estabelecer um cronograma de capacitações que contribui para proporcionar um maior conhecimento acerca dos temas de interesse coletivo visando reforçar o compromisso e as atribuições tanto da equipe multidisciplinar quanto de cada um dos profissionais.

A incorporação do cadastramento no cotidiano do serviço configura-se como uma ação de acompanhamento dos portadores de HAS e DM, que favorece a vinculação desses usuários com a equipe da USF e garante o recebimento de fármacos para o tratamento medicamentoso.

Para tanto, faz-se necessário que se mantenha o comprometimento e a dedicação da equipe multidisciplinar para esta ação, como parte do atendimento.

Assim, 435 usuários com hipertensão e 115 usuários com diabetes passaram por essa intervenção, mas esse número provavelmente aumentará com este estabelecimento da rotina da equipe, bastando apenas que seja reforçada nas reuniões de equipe, e executada durante os encontros de grupo, o atendimento médico ou de enfermagem, e durante as visitas domiciliares.

Os próximos passos para melhorar a atenção à saúde são coordenar ações voltadas ao aprimoramento da atenção básica dos usuários com HAS e DM de nossa UBS. O objetivo destas ações é incentivar os gestores locais do Sistema Único de Saúde a melhorar o padrão de qualidade da assistência oferecida aos usuários do SUS de nossa Unidade Básica de Saúde e por meio de nossa equipe. As primeiras ações dessa mudança de diretriz na atenção primária à saúde da população devem estar para o próximo semestre.

A solução está em inovar nosso processo de organização do serviço, redirecionando nossas ações para produzir impacto positivo nos indicadores de saúde de nossa população.

Para atingir os indicadores que não ficaram em 100%, dentro dos que há que trabalhar com muito ênfases é nos exames complementares aonde devemos exigir aos gestores que concluíam os estudos de campos para a realização dos exames

complementares no hospital, que tem infraestrutura para acolher um laboratório pelo SUS e que estes a sua vez exigiam às entidades governamentais pela compra dos equipes e recursos necessários para o adequado funcionamento do SUS no território, porque todo isto economizaria grandes quantidades de dinheiro que hoje investem. Outra das soluções que eu acho que podem articular estes problemas é que a coleta do sangue seja feita no município (o hospital) e levada para outra cidade, o que definitivamente melhoraria a qualidade na atenção dos usuários do SUS.

Em relação aos medicamentos da Farmácia Popular devemos reduzir ao mínimo que nossos usuários procurem medicamentos em outras farmácias particulares porque tem garantido estes através do Programa de Governo estadual e federal. Para isto a equipe vai trabalhar na divulgação entre os usuários nos atendimentos e nas visitas domiciliares, para atingir este indicador. Primeiro que todo conhecer a lista dos que consomem medicamentos fora do programa e que seja de domínio de todos os membros da equipe para que interagamos e lograr a adesão dos usuários.

Experiências têm demonstrado que a organização como coordenadora do cuidado, se apresenta como um mecanismo de superação da fragmentação sistêmica, sendo apontadas como mais eficazes, tanto em termos de organização interna (alocação de recursos, coordenação clínica, etc.), quanto em sua capacidade de fazer face aos atuais desafios do cenário socioeconômico, demográfico, epidemiológico e sanitário.

A construção de formas de relações intergovernamentais no SUS requer o cumprimento das responsabilidades assumidas e metas pactuadas, sendo cada esfera de governo co-responsável pela gestão do conjunto de políticas com responsabilidades explicitadas.

Implementar estratégias de articulação como a análise da situação de saúde; a interoperabilidade entre os vários sistemas de informação; a existência de complexos reguladores; as ações de educação permanente e de educação popular em saúde e o planejamento participativo são igualmente importantes para superar a implementação da atenção de saúde pautado na defesa da vida de nossos usuários com HAS e DM.

Grande parte dos profissionais de saúde ainda prioriza os equipamentos, insumos e o conhecimento estruturado das profissões em saúde em detrimento da

escuta e do vínculo no cuidado em saúde. O trabalho vivo reside principalmente nas relações que são estabelecidas no ato de cuidar. É o momento de se pensar o projeto terapêutico singular, com base na escuta e na responsabilização com o cuidado.

Não estou afirmando que equipamentos e conhecimentos estruturados da clínica e da epidemiologia não devem ser considerados no momento da clínica, pois eles são fundamentais para a definição do projeto terapêutico. Contudo, o foco do trabalho vivo deve ser as relações estabelecidas no ato de cuidar que são: o vínculo, a escuta, a comunicação e a responsabilização com o cuidado. Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser utilizados a partir desta relação e não o contrário como tem sido na maioria dos casos.

A partir do próximo mês, pretendemos investir na ampliação de cobertura dos usuários com HAS e DM e usuários com HAS e DM de nossa UBS. Sendo que a classificação de risco dos usuários com HAS e DM e usuários com HAS e DM tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

Tomando esta intervenção como exemplo, também pretendemos implementar o programa do idosos na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Caro gestor de saúde:

Este Relatório apresenta como foi implementado o Projeto de Intervenção sobre o tema “Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus” de autoria do Doutor Joel García Núñez, médico atuante do Programa Mais Médicos para Brasil (PMMB), da Unidade Básica de Saúde (UBS) Contendas que se situa no município de Cocal-PI.

Nessa perspectiva, a Universidade Federal de Pelotas através do Departamento de Medicina Social, lançou para os participantes do PMMB a Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância.

O curso de especialização propicia ao trabalhador/aluno realizar uma intervenção na Unidade Básica de Saúde (UBS) em que trabalha e aprender os conteúdos respondendo às necessidades de seu serviço.

Realizamos uma análise situacional no início do curso e identificamos que existia uma lacuna na atenção aos usuários que possuíam hipertensão e/ou diabetes bem como uma baixa adesão, falta de registros e de atenção integral. Diante disso, o objetivou-se “Melhorar a atenção dos usuários com HAS e DM e/ou usuários com HAS e DM da UBS Contendas, Cocal-PI”.

Para tanto, as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica.

Dessa forma realizamos capacitação da equipe quanto ao desenvolvimento da intervenção e protocolos do MS quanto a atenção a este grupo populacional, capacitamos e orientamos líderes da comunidade para divulgar a intervenção, realizamos grupos de educação em saúde, melhora no acolhimento dos usuários, firmamos parcerias com a equipe do NASF entre outros aspectos.

Durante as doze semanas que foi realizada a intervenção cadastramos 435 (90,8%) usuários com HAS e DM e 115 usuários com HAS e DM que representa

97,5% da estimativa para nossa área de abrangência segundo os dados de Vigitel (2011). Podemos destacar que 100% dos usuários que possuem hipertensão e diabetes cadastrados na intervenção receberam avaliação clínica, avaliação à necessidade de atendimento odontológico, avaliação do risco cardiovascular pelo exame clínico, e orientação sobre nutrição, prática regular de exercício físico, os riscos do tabagismo e higiene bucal.

Apresentamos a continuação os gráficos de cobertura para o melhor entendimento dos gestores dos resultados alcançados e a falha no processo de gestão de serviços complementares.

Os únicos indicadores que não alcançaram 100% de qualidade foram os usuários com exames complementares em dia, onde 96(22,1%) usuários com HAS e DM e 24(20,9%) conseguiram realizar seus exames complementares, sendo que está são uma questão que já foi levantada várias vezes com a SMS e ainda estamos aguardando alguma solução da gestão para resolver estas questões. O outro foi quanto à prescrição de medicação da Farmácia Popular tivemos 381 (87,6%) usuários com HAS e DM para o e 95 (82,6%) usuários com HAS e DM.

Sendo assim, gostaríamos de destacar o apoio que tivemos da gestão da SMS, colaborando com os recursos e materiais necessários para desenvolver nosso trabalho com qualidade, assim como também com sua constante preocupação e avaliação dos principais aspectos que competem a sua atuação.

Foram poucos os aspectos que não se cumpriram por parte da gestão da SMS, como a compra de monofilamento para os exames dos pés dos usuários com HAS e DM e de equipamento do laboratório clínico do hospital para fazer exames pelo SUS, ou outra forma de aquisição de exames laboratoriais. Neste sentido também é necessário que a gestão fortaleça estas iniciativas.

Mas, ressaltamos o ótimo trabalho que a gestão vem desenvolvendo no município, por meio de uma equipe coesa e unida, com abertura ao diálogo.

Quanto a intervenção é preciso constantemente estabelecer e garantir uma rotina de supervisão das atividades compartilhada com a equipe de saúde e voltada as demandas da população.

Consideramos que essa atividade foi inserida na rotina do serviço e está sendo avaliada como satisfatória, pois ouvimos dos usuários que estão satisfeitos com o serviço, mais presentes na unidade de saúde, e com melhoras nos indicadores de saúde.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade de Contendas:

Como já me conhecem sou o médico do Programa Mais Médicos e atuo na UBS Contendas, situada nas Contendas, um dos distritos rurais do município Cocal, no estado Piauí. Eu estou realizando uma especialização em saúde da família pela Universidade Federal de Pelotas desde o passado ano. Sendo assim precisamos desenvolver um projeto de intervenção. Após realizar uma análise da UBS seus aspectos segundo os dados do Sistema de Informação da Atenção Básica consolidados em dezembro de 2011, a UBS possui 581 famílias cadastradas e, como era dada a atenção a vocês usuários. Eu juntamente com a equipe cheguei à conclusão que a atenção aos usuários com HAS e DM e usuários com HAS e DM ainda é muito precária, pois tínhamos antes da intervenção muitos poucos usuários com HAS e DM cadastrados e sem receber atendimento médico especializado para a avaliação clínica integral, orientações sobre os medicamentos na farmácia popular, orientações sobre a realização de atividade física regular, orientação nutricional, orientação sobre os riscos de tabagismo, e orientação sobre higiene bucal aspectos da atenção à saúde, sendo que a estimativa para nossa área era de 479 usuários com HAS e 118 usuários com DM.

Diante disso, planejou-se uma intervenção para melhorar a atenção dos usuários com HAS e DM acompanhados na UBS.

Para tanto, as ações desenvolvidas durante a intervenção foram as seguintes:

- Realização de reuniões com a equipe de saúde para apresentação do Projeto de Intervenção.

- Organização da capacitação dos profissionais da equipe, da logística do trabalho de campo para aplicação dos questionários, dos encontros mensais com os usuários com HAS e DM e/ou usuários com HAS e DM e da reprodução de materiais;

- Avaliação da adesão ao tratamento medicamentoso dos usuários com HAS e DM.
- Preparação da planilha para a coleta dos dados e dos recursos visuais.
- Monitoramento dos usuários com HAS e DM quanto ao cadastramento no Programa e registro atualizado no prontuário;
 - Cadastramento dos usuários com HAS e DM com avaliação do risco cardiovascular na planilha para a coleta de dados;
 - Acompanhamento dos indicadores digitados na planilha;
 - Mobilização dos usuários com HAS e DM e/ou familiares.
 - Formação de grupo para educação em saúde;
 - Realização de atividades educativas.
 - Capacitação da equipe multidisciplinar da UBS sobre abordagem domiciliar dos usuários com HAS e DM.

Durante a intervenção foram cadastradas 435 pessoas hipertensas e 115 diabéticas, 120 delas tiveram exames completos em dia, sendo 96 usuários com HAS e DM para o 22,1% e 24 usuários com HAS e DM para o 20,9%.

Todos os cadastrados receberam orientações para alimentação saudável, tabagismo, prática regular de atividade física e higiene bucal. Também foi realizado o exame clínico, avaliação da necessidade de atendimento odontológico e a estratificação do risco cardiovascular; assim como o registro na ficha de acompanhamento.

. A equipe em parceria com outras instituições realizou atividades em grupos, sendo colocadas em prática ações para a melhoria da atenção dos usuários com HAS e DM que abrangeram também o debate sobre hábitos de vida saudáveis. Nesses encontros ocorreu a apresentação de vídeos educativos sobre a temática, além disso, os encontros oportunizaram debates, considerações e esclarecimentos de dúvidas.

Foi muito gratificante para mim e a equipe realizar a intervenção, crescendo muito no plano profissional e pessoal, permitiu uma melhor integração dos membros da equipe, trabalhamos com mais organização dos processos e planejamento programado das ações desenvolvidas. A comunidade ganhou muito com a intervenção porque teve uma melhoria na atenção dos usuários com HAS e DM, acrescentou seus conhecimentos sobre estas doenças e aprendeu a como conviver

com elas. Portanto é importante informar que o trabalho que foi realizado trouxe benefícios para os usuários com HAS e DM.

A ideia é continuar com este tipo de atenção pelo que precisamos do apoio da comunidade, fazendo mais atividades educativas para mais promoção e prevenção de saúde, exigindo as autoridades de saúde do município, através dos CLS, ações mais diretas que permitam no futuro imediato ter as condições para a realização de exames complementares no hospital do município.

Após os três mês da intervenção constatou-se que os objetivos inicialmente propostos, de avaliar e monitorar a atenção prestada aos usuários com HAS e DM da UBS Contendas foram cumpridos, mesmo que de forma parcial, e que provavelmente trouxeram melhoria da atenção dos usuários com HAS e DM.

Consideramos que houve qualificação da atenção prestada pela UBS Contendas aos usuários com HAS e DM, pois o tema passou a receber destaque no dia a dia dos profissionais e da população. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ser selecionado neste curso de especialização foi algo que me deixou muito feliz. Inicialmente, ainda sem compreender o Projeto Pedagógico do curso, visava somente a minha qualificação profissional. As aulas iniciaram, conheci o Ambiente Virtual de Aprendizagem, e a minha primeira orientadora, Maria Fernanda Espindola, comecei a participar dos fóruns, interagir com alguns colegas, professores e coordenadores, aprender conteúdos, e fiquei ainda mais maravilhado.

Ao entender o Projeto Pedagógico do curso, o objetivo da minha participação deixou de ser pessoal e passou a ser coletivo. Compartilhei aprendizados com a equipe multidisciplinar da UBS que trabalho, trouxe para fóruns considerações e dúvidas dos membros das equipes, compartilhei experiências, divulguei o curso para outros profissionais.

Acredito que, dentre todas, as ferramentas utilizadas na confecção e na elaboração das tarefas e o modelo de caso clínico com questões de múltipla escolha e escolha simples foram os que mais acrescentaram ao meu conhecimento, principalmente pela qualidade dos textos anexados aos questionamentos. Por outro lado, o modelo de tarefa do estudo da prática clínica trouxe um aprendizado muito bom se considerado o tempo dedicado à realização da tarefa.

Ademais muitos foram os benefícios alcançados através dele: adquiriu-se novos conhecimentos, a equipe teve a oportunidade de participar de algumas atividades propostas durante o curso e a comunidade foi contemplada com vários projetos e mudanças que se iniciaram através do aprendizado ofertado no curso. Além disso, o curso possibilitou a interação dos profissionais que puderam perceber a importância do processo de educação em saúde e, principalmente, de se trabalhar em equipe.

A satisfação de ver a evolução da ação programática gerava cada vez mais vontade para estudar e se atualizar em relação ao conteúdo direcionado ao projeto

de intervenção. As ações desenvolvidas na intervenção serão, certamente, aplicadas em outras áreas. Nesse sentido, as atividades já se estenderam para as áreas de cobertura de assistência à saúde do idoso.

Considero que este curso trouxe muitos reflexos positivos para nossa UBS, tendo em vista que a proposta de realizar o processo de melhoria na atenção dos usuários com HAS e DM é uma estratégia que possibilita transformações nas práticas do serviço.

Considero satisfatória a realização da minha intervenção com os resultados alcançados, ainda que não tão abrangentes, e com meu aprendizado.

O curso de especialização em saúde da família da UFPel significou para a minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimentos acerca da Estratégia Saúde da Família (ESF) e a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e dos membros da equipe, aos usuários com HAS e DM acompanhados na UBS quanto à melhoria da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, além da valorização profissional.

Como profissionais tivemos a oportunidade de refletir sobre o processo de trabalho e avaliar a necessidade de mudanças, a fim de melhorar o atendimento e aumentar o nível de satisfação da comunidade assistida.

O curso de especialização como um todo, possibilitou o desenvolvimento de uma ampla visão sobre a importância de se realizar, junto à equipe, ações de educação em saúde.

O fator essencial ao se cursar é a possibilidade de fazê-lo em serviço e compartilhar, dividir todo o aprendizado com a equipe e colocar em prática todo o conhecimento, ou seja, empregá-lo junto à comunidade.

Através da especialização pude perceber que a realização do processo de atenção aos usuários com HAS e DM é fundamental, pois é uma ótima ferramenta que possibilita melhoras no processo de trabalho. Durante todo o plano de intervenção notou-se que a UBS trouxe muitas vantagens, não sendo observado nenhum ponto negativo. Mas para que o processo da UBS tenha bons resultados é necessária a colaboração de todos os profissionais.

O planejamento das ações em saúde, o conceito e organização da demanda espontânea na Estratégia Saúde da Família e a organização do processo de trabalho dos membros da equipe foram os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

Apreendi, nesse curso, que nossas ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados, pois é onde melhor são apresentadas todas as necessidades da população assistida e onde podemos definir e/ou priorizar ações direcionadas a elas, para que promovamos um impacto no processo saúde-doença dessa população.

Em relação ao conceito e organização da demanda espontânea na UBS, aprendi que como demanda espontânea a entrada de usuários nos serviços de saúde que não se enquadrem nos programas e prioridades estabelecidas na UBS, ao contrário da demanda programada, que é o agendamento de consulta para acompanhamento dos usuários que se enquadram nos programas e prioridades estabelecidas (através das ações programáticas), possuindo assim também uma lógica epidemiológica, pois, a partir desse acompanhamento (vínculo), é possível identificar os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença desses usuários; um dos principais objetivos da ESF.

Sobre a organização do processo de trabalho da equipe multidisciplinar da ESF, aprendi que se faz necessária para proporcionar uma melhor resolubilidade das necessidades dos seus usuários.

8 Referências

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

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

APÉNDICE

Convite





CONVITE

DATA:

DETALHES SOBRE O EVENTO

A prefeitura de Cocal/PI, através da Secretaria Municipal de Saúde tem o prazer em convidá-lo para o nosso evento desta semana.

Não foram poupadas despesas para tornar esta uma ocasião inesquecível. Estamos orgulhosos do que conseguimos na prefeitura de Cocal/PI e queremos compartilhar este evento com você. Se você não quer perder o nosso evento, coloque-o em sua agenda e prepare-se para ser informado e entretido em todas as coisas que têm a ver com Saúde. Então venha se juntar a nós, estamos ansiosos para vê-lo lá!

Localidade:

Hora:

Organizadores do evento:

Telefone:



Cartazes

Hipertensão

A hipertensão ocorre quando a pressão que o sangue exerce sobre os vasos sanguíneos permanece acima do normal.

Por que ela ocorre?

Na maioria das vezes a hipertensão não tem uma causa específica, sendo resultado de vários fatores. O excesso de sal na dieta parece contribuir para o desenvolvimento da hipertensão.

O que pode acontecer com quem é hipertenso?

A pressão alta é uma doença traiçoeira, pois geralmente não apresenta sintomas. A pressão descontrolada pode resultar em problemas como derrame, infarto e insuficiência renal, os quais podem prejudicar muito a qualidade de vida e até levar à morte.

Como é o tratamento da hipertensão?

Em casos leves, apenas alterações dos hábitos de vida já são suficientes para controlar a pressão. Entretanto, muitos pacientes necessitam utilizar medicamentos por tempo indefinido.

Diabetes Tipo 2

O diabetes melito ocorre quando os níveis de açúcar no sangue (glicemia) permanecem elevados.

Por que o diabetes ocorre?

O diabetes melito tipo 2 é mais comum em adultos. Sua causa ainda não é conhecida, porém é frequente em obesos e sofre influência de fatores genéticos.

O que pode acontecer se o diabetes não for controlado?

A falta de controle do açúcar no sangue é extremamente prejudicial, podendo causar cegueira, doenças nos rins, amputação de membros, infecções, formigamento e perda de sensibilidade nos pés e mãos.

Como é o tratamento?

O tratamento visa regularizar os níveis de açúcar no sangue e geralmente é feito com comprimidos ou injeções de insulina. Boa alimentação e prática de exercícios físicos também fazem parte do tratamento.

EVITE OS INIMIGOS DA BOA SAÚDE

- Estresse
- Obesidade
- Bebidas Alcoólicas
- Alimentos Gordurosos
- Cigarro
- Sal
- Sedentarismo

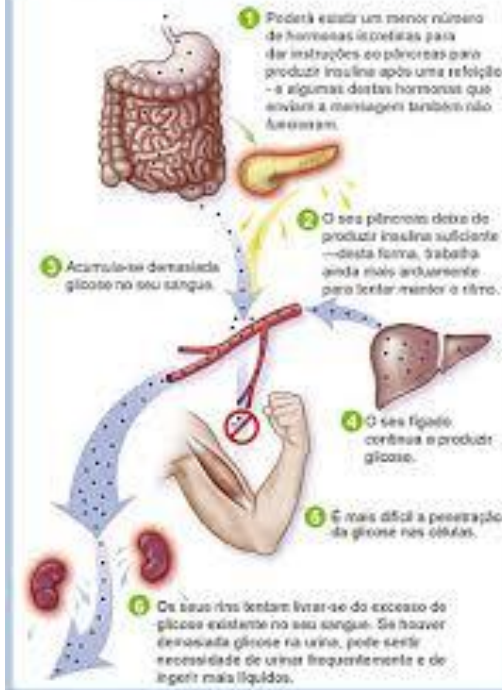
Quando uma pessoa sem diabetes faz uma refeição



Quando uma pessoa com diabetes faz uma refeição



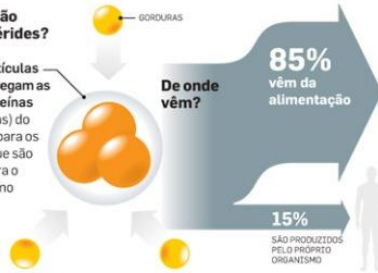
Quando uma pessoa com diabetes ingere uma refeição



● Pesquisa realizada durante 33 anos aponta que altos níveis de triglicérides no sangue aumentam o risco de AVC isquêmico

O que são triglicérides?

São partículas que carregam as lipoproteínas (gorduras) do sangue para os locais que são úteis para o organismo



Alimentos ricos em triglicérides

Estão presentes em alimentos calóricos, como pães, massas, chocolates, castanhas, nozes, sorvetes, bolachas, biscoitos amanteigados, queijos, manteiga, salsicha, linguiça, frutos do mar e embutidos

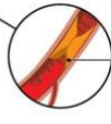


Os tipos de AVC:

Hemorragico: representa 20% dos casos e é mais grave. É provocado pelo rompimento de uma artéria cerebral, causando um processo de sangramento excessivo e aumento da pressão na região



Isquêmico: representa 80% dos casos e acontece quando há o entupimento de uma artéria, impedindo que o sangue chegue até o cérebro. Sem irrigação, a região "morre"



FONTES: MARCELO FERREZ SAMPAIO, CARDIOLOGISTA E CHEFE DO LABORATÓRIO DE BIOLÓGICA MOLECULAR DO INSTITUTO DANTE PAZZANESE, E JULIETA GONÇALVES SILVA, NEUROCIRURGIÇA DO HOSPITAL SÃO PAULO

Anexos

Anexo A - Ficha espelho

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Data do ingresso no programa: ____/____/____ Número do Prontuário: _____

Nome completo: _____

Endereço: _____

Necessita de utilização? () Sim () Não Nome do cidadão: _____

Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Há quanto tempo tem HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____

Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? () Sim () Não Data da primeira consulta odontológica: ____/____/____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

UFPEL

Departamento de
Medicina Social

UFPA

Cartão SUS: _____

Data de nascimento: ____/____/____

Telefones de contato: _____

MEDIÇÕES DE USO CONTÍNUO		FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS	
DATA	POSOLOGIA	DATA	
	Levodopa 25 mg	Glicemia de jejum	
	Capsoptil 25 mg	HbA1c	
	Enalapril 10 mg	Hemoglobina glicosilada	
	Enalapril 20 mg	Coeficiente total	
	Losartan 50 mg	HDL	
	Propranolol 40	LDL	
	Atorvast 20 mg	Triglicéridos	
	Atorvast 40 mg	Coeficiente Sâncro	
	Amolipina 5 mg	Proteína total	
	Amolipina 10 mg	Triglicéridos	
	Metformina 500 mg	ECG	
	Metformina 850 mg	Inferção urinária	
	Glibenclamida 5 mg	Próstata	
	Insulina NPH	Corpo cetônicos	
	Insulina regular	Sedimento	
		Microalbuminúria	
		Proteína de 24h	
		TSH	
		ECG	
		Hemograma	
		Hemácrito	
		Hemoglobina	
		VCM	
		CHCM	
		Plaquetas	

Anexo C – Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

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