

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 9.**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com HAS e/ou DM no Centro de
Saúde Integral, Eliseu Martins / PI**

**Especializando: Liliana Luna Creagh
Orientadora: Fernanda Ferreira**

Pelotas, 2016

Liliana Luna Creagh

Título: Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com HAS e/ou DM no Centro de Saúde Integral, Eliseu Martins / PI

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

Orientador: Fernanda Ferreira

Pelotas, 2016

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

C912m Creagh, Liliana Luna

Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com HAS e/ou DM no Centro de Saúde Integral, Eliseu Martins/PI / Liliana Luna Creagh; Fernanda Vargas Ferreira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

78 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. Ferreira, Fernanda Vargas, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico o presente trabalho aos meus pais e familiares que mesmo estando longe fisicamente, sempre estão presentes no meu coração, me dando forças a cada dia e me encorajando a ser melhor.

Agradecimentos

Agradeço primeiro a Deus por guiar cada passo da minha vida; as minhas orientadoras Marisabel Pinto Teles (com quem iniciei o curso) e Fernanda Ferreira pelo seu carinho e paciência para me ensinar e conduzir ao longo deste curso; a meus amigos e colegas que me ajudaram nos momentos difíceis.

Resumo

CREAGH, Liliana Luna. **Melhoria da Atenção à Saúde de Usuários com HAS e/ou DM no Centro de Saúde Integral, Eliseu Martins / PI.** 2016. 78f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) constituem-se nas doenças crônicas não transmissíveis mais impactantes em Saúde Pública por exigirem contínua atenção e esforços coletivos de Políticas Públicas e da sociedade em geral. Assim, com base na Análise Situacional, verificou-se a necessidade de implementar a atenção à saúde aos usuários com hipertensão e/ou diabetes no Centro de Saúde Integral de Eliseu Martins, em Eliseu Martins-PI. Dessa forma, planejou-se uma intervenção que objetivava melhorar a cobertura e a adesão; melhorar a qualidade dos serviços de saúde; melhorar o registro das informações; os usuários de risco e promover a Saúde no programa. Assim, foram estabelecidos objetivos e indicadores a fim de avaliar a intervenção no período de três meses entre setembro e dezembro de 2015, considerando-se os eixos pedagógicos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, empregando-se os instrumentos ficha espelho e planilha de coleta de dados disponibilizados do curso bem como os protocolos do Ministério da Saúde (MS). Dentre os principais resultados destaca-se a ampliação da cobertura dos usuários, atingindo-se 316 usuários com HAS (100%) e 67 usuários com DM (85,9%). Também melhorou a qualidade da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, com destaque para a ampliação da avaliação da saúde bucal e exame físico dos pés das pessoas com diabetes. Contudo, o indicador referente à estratificação do risco cardiovascular necessita de melhoria, já que, a escassez de materiais / insumos para a realização dos exames complementares foi um ponto negativo na intervenção, o que contribuiu para o não alcance da meta de 100%. Assim, acredita-se que apesar das dificuldades houve uma melhoria da atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM no município e que essa ação programática se incorporou à unidade de saúde.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Centro de Saúde Integral Eliseu Martins	13
Figura 2	Atendimento clínico - intervenção	48
Figura 3	Atividade de educação em saúde – Academia de Saúde	49
Figura 4	Atividade de educação em saúde – sala de espera da UBS/ESF	50
Figura 5	Entrega de medicamentos – intervenção	50
Figura 6	Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade de Saúde.	54
Figura 7	Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde.	55
Figura 8	Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	57
Figura 9	Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	58
Figura 10	Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	59
Figura 11	Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas com busca ativa.	61
Figura 12	Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	62
Figura 13	Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	63

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária de saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CSI	Centro de Saúde Integral
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças de transmissão sexual
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
PAS	Pressão arterial sistêmica
PSF	Programa de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de pelotas
UMS	Unidade Mista de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
SB	Saúde Bucal
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	23
2 Análise Estratégica	25
2.1 Justificativa	25
2.2 Objetivos e metas	27
2.2.1 Objetivo geral	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas	27
2.3 Metodologia	30
2.3.1 Detalhamento das ações	30
2.3.2 Indicadores	36
2.3.3 Logística	42
2.3.4 Cronograma.....	46
3 Relatório da Intervenção.....	48
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	47
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	52
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	52
4 Avaliação da intervenção.....	53
4.1 Resultados.....	53
4.2 Discussão	65
5 Relatório da intervenção para gestores	67
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	70
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	72
Referências	73
Anexos.....	73

Apresentação

O presente volume trata sobre Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família - modalidade Ensino à Distância – da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS) como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família. O trabalho foi constituído por uma intervenção com duração de 12 semanas com o propósito de melhorar a atenção aos usuários com HAS e/ou DM no Centro de Saúde Integral de Eliseu Martins, Eliseu Martins-PI.

O volume está organizado em sete seções: No primeiro capítulo apresenta-se o Relatório da Análise Situacional, texto escrito na unidade 1 do curso, explicitando a situação do serviço de saúde. No segundo capítulo, expõe-se a Análise Estratégica, na qual se apresenta o projeto de intervenção, baseado nos Protocolos do MS.

Já o terceiro capítulo refere-se ao Relatório de Intervenção, apresentando as ações previstas e desenvolvidas durante a intervenção, as dificuldades e a viabilidade da incorporação da intervenção na rotina do serviço.

No quarto capítulo apresenta-se a avaliação dos resultados da intervenção, além da discussão dos mesmos.

O quinto e sexto capítulos são os relatórios da intervenção para os gestores no município e comunidades, respectivamente.

No sétimo capítulo e último capítulo, faz-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso com sua importância. Ao final do volume, está a bibliografia que inclui os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS - versão original postada no dia 14/05/2015

O município de Eliseu Martins pertence à região sul do Estado Piauí, tem uma população de 4858 habitantes. As duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município ainda se encontram em construção. Contamos com uma Unidade Mista de Saúde, localizada na zona urbana, de fácil acesso à população, que está dividida em Centro de Saúde Integral e Pronto Socorro/Hospital. Além disso, contamos com o Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), equipe composta por um fisioterapeuta, uma nutricionista e um educador físico. Não contamos com outras especialidades médicas além de dois clínicos gerais, mas quando o usuário precisa de atendimento especializado, encaminhamos para os centros de referência fora do município.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Trabalho no município de Eliseu Martins, que se encontra na região sul do Estado Piauí, com uma população de 4858 habitantes. O sistema de saúde do município está constituído por uma Unidade Mista de Saúde (UMS) e duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais estão sendo construídas. A UMS está dividida em Centro de Saúde Integral (CSI) que leva o nome do município e Pronto Socorro/Hospital “Otalício Roque Araújo”. Contamos com duas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), duas Equipes de Saúde Bucal (ESB) e a equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) que está composta por um Fisioterapeuta, uma Nutricionista e um Educador físico. Também temos um laboratório para realizar os exames básicos (Hemograma completo, Sumário de urina tipo I, exame Parasitológico de fezes, Glicemia em jejum, Colesterol total, Triglicérides, Ácido úrico, Creatinina), incluindo os indicados às gestantes. Não contamos com outras especialidades médicas. Temos dois Clínicos Gerais, mas quando o usuário necessita atendimento especializado é encaminhado para os centros de referência fora do município.

Por outra parte está o Hospital de Pequeno Porte “Otalício Roque Araújo”, que possui três enfermarias (uma para crianças, outra para mulheres e a última para homens) com quatro leitos cada. Há pouco tempo foi inaugurada a Academia Municipal de Saúde, lugar para a reabilitação de usuários com deficiências e onde os idosos podem desenvolver suas atividades físicas.

O Centro de Saúde é o lugar onde eu trabalho e se localiza na zona urbana. Existe estreito vínculo deste com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com as instituições de ensino do município, pelo Programa de Saúde na Escola (PSE). Neste centro trabalham as duas equipes de Estratégia de Saúde da Família, cada uma composta por médica (o) Clínico Geral, enfermeira (o), técnica (o) de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde. Também trabalham aqui as duas Equipes de Saúde Bucal (ESB), cada uma composta por um Cirurgião Dentista e uma técnica em saúde bucal. A sala de consulta médica e odontológica é compartilhada entre as duas equipes que trabalham no município, porém às vezes nossas atividades são realizadas em outros lugares como escola ou numa sala da Academia de Saúde. No centro de saúde encontram-se os seguintes espaços: um consultório médico, laboratório, sala de vacina, sala para coleta de exame citopatológico, consulta odontológica, sala de espera, recepção, farmácia (a farmácia funciona ainda em um local da secretaria de saúde e oferece medicamentos gratuitos à população, essencialmente aos usuários com doenças crônicas), laboratório de próteses dentaria e sala do NASF (Figura 1).



Figura 1: Centro de Saúde Integral Eliseu Martins. Fonte: Arquivo Próprio.

Em relação à estrutura física do Centro de Saúde Integral (CSI), podemos dizer que além de ter sido reformado recentemente, existem varias dificuldades estruturais que atrapalham o desenvolvimento do trabalho. Dentre dessas dificuldades temos que a sala de espera, com capacidade para 30 pessoas, é compartilhada entre os usuários que procuram diferentes serviços da unidade (coleta de exame cito patológico, consulta médica, consulta odontológica, vacina, etc.), sendo insuficiente o espaço e as cadeiras. Os consultórios são pequenos e não tem sanitário.

No consultório médico não há pia, o que afeta as normas de higiene e, faltam os seguintes instrumentos ou equipamentos: negatoscópio, oftalmoscópio, foco de luz e mesa ginecológica (esses dois últimos somente estão na sala onde se realizam os exames citopatológico). Os procedimentos, curativos e nebulizações são realizados na mesma sala. Faltam corrimãos nos corredores da unidade que garanta o deslocamento seguro dos idosos e deficientes, assim como banheiros para estes usuários. Também não contamos com salas para realizar reuniões e atividades educativas. Para enfrentar essas limitações devemos em primeiro lugar, elaborar um relatório das dificuldades estruturais e as relacionadas com os equipamentos e insumos de maior

importância (de acordo com as necessidades do município), e avaliar, em conjunto com os gestores, como elas afetam o nosso trabalho, para responsabiliza-los para dar uma solução adequada. Também temos que planejar as reuniões e atividades educativas para serem desenvolvidas na sala da Academia de Saúde, em horários que não interfira com o atendimento do fisioterapeuta e a educadora física. Com essas ações podemos oferecer mais conforto e bem estar a nossa população.

Conhecer a população adstrita, realizar ações de promoção e prevenção tanto individual quanto coletiva, realizar busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória, entre outras atividades, são varias das atribuições que os profissionais da minha equipe cumprimos. Com frequência mensal a equipe se reúne para avaliar o cumprimento das atividades realizadas e planejar as do próximo mês. Também é aproveitado o espaço para discutir outros temas de interesse. Nosso trabalho é baseado fundamentalmente na prevenção, tendo prioridade os programas de atenção à saúde da mulher, crianças, atenção à saúde do homem, cuidado aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis, saúde mental, deficientes, atendimento domiciliar e outros. Mas existem outras dificuldades que devemos solucionar para melhorar o nosso trabalho, dentre das quais temos a pouca participação dos membros da equipe, como no processo de territorialização e mapeamento da área, que é realizado pelos agentes comunitários de saúde (ACS) como protagonistas (cadastro individual e familiar, identificação de riscos e vulnerabilidades), em conjunto com os enfermeiros das equipes e o secretario de saúde. Existe pouco vínculo com a equipe de saúde bucal e pouca participação deles nas atividades de educação em saúde e outras, o que dificulta o trabalho interdisciplinar. Outro problema é a pouca participação da comunidade no controle social e avaliação das ações de saúde. Percebe-se a falta de responsabilidade e comprometimento por parte de alguns usuários, problema que interfere com a evolução e recuperação, além da falta do retorno das informações daqueles atendimentos realizados na atenção secundaria, o que dificulta o adequado acompanhamento.

Para enfrentar essas dificuldades contamos com uma equipe multiprofissional, o interesse politico e o apoio dos gestores. Podemos dizer

que promover a participação de todos os profissionais no processo de territorialização e cadastramento da área constitui uma ferramenta importante que garante melhor conhecimento da nossa população. Criar maior vínculo com a equipe de saúde bucal, incentivando-os a participar nas atividades de educação em saúde, acolhimento, busca ativa de doenças e agravos, cuidado domiciliar, assim como nas reuniões, para planejar e avaliar as ações de saúde. Continuar nos engajando com outras entidades que garantam o atendimento humanizado e fazer ênfase no retorno dos procedimentos realizados e a conduta tomada com os indivíduos atendidos em outros níveis. Por último, mas não menos importante, devemos incentivar à comunidade a participar do controle social e identificar mais parceiros e recursos que possam potencializar as ações.

A Equipe Saúde da Família I (ESF) (a qual eu integro) atende um total de 640 famílias, para uma população de 2079 habitantes (adequado para a estrutura da equipe), distribuída em seis micro áreas, duas delas na zona rural. O perfil demográfico (idade/sexo) da nossa população está assim distribuído: crianças menores de um ano são 21, das quais 10 são masculinos e 11 femininos. Na faixa etária de 1 a 4 anos, há 53 meninas e 51 meninos (total 104). De 5 a 6 anos existem 52 crianças, 24 femininas e 28 masculinos. Entre 7 a 9 anos há 42 femininas e 60 masculinos (total 102). De 10 a 14 anos existem 159 pessoas, 82 mulheres e 77 homens. Entre 15 a 19 anos há 167 pessoas, 87 mulheres e 80 homens. Entre 20 a 39 anos existem 695 pessoas, 318 mulheres e 377 homens. De 40 a 49 anos 110 são mulheres e 116 são homens (226 pessoas em total). Entre 50 a 59 anos temos 220 pessoas, delas 104 mulheres e 116 homens. Acima de 60 anos temos 354 pessoas, 186 mulheres e 168 homens. Ao todo são 1006 pessoas do sexo feminino (48,38%) e 1073 do sexo masculino (51,61%). Observamos que existem diferenças dos dados demográficos enquanto à estimativa da distribuição brasileira e a nossa realidade. Atendemos 597 mulheres na faixa etária de 10 a 49 anos, que representa 88,05% do estimado. As mulheres entre 25 e 64 anos de idade representam 97,02% da distribuição brasileira, no entanto, as mulheres entre 50 e 69 anos representam 17,9%, há mais do que o estimado na distribuição brasileira. Em relação à população adulta também existem diferenças, mas,

menos marcantes. Encontramos que as pessoas entre 15 e 59 anos de idade (1308) representam 0,15% acima do estimado, assim como a população entre 20 e 59 anos de idade que representa 3,25% a mais do estimado e, a população acima de 20 anos de idade (1495) que representa 12,66% acima do estimado. No entanto, observamos que há um predomínio da população maior de 60 anos (354) que representa 59,45% a mais do estimado na distribuição brasileira.

Minha equipe de saúde realiza consultas agendadas e de cuidado continuado às grávidas, crianças, idosos e pessoas com doenças crônicas, e, visita domiciliar aos deficientes ou usuários que tem dificuldade de acessar aos serviços de saúde. Essas atividades são desenvolvidas, geralmente, em uma sala da Academia de Saúde, disponibilizada para o nosso atendimento, sendo realizado o acolhimento desse dia pela equipe de saúde, o que possibilita um melhor vínculo com os usuários. O usuário é acolhido independente da sua raça, cultura, classe social e identidade. Na consulta escutamos suas queixas, orientamos quais são os serviços disponíveis se necessário, respeitamos a privacidade, indicamos tratamento tendo em conta a situação clínica e econômica, informamos sobre seu problema, esclarecemos dúvidas e envolvemos a família nas ações de saúde para uma pronta e adequada recuperação. Os problemas que não são resolvidos neste nível e necessitam de atendimento especializado são informados e encaminhados oportunamente. No entanto, dentro do centro de saúde o atendimento geralmente é livre demanda, embora algumas pessoas sejam agendadas. A recepcionista junto com o técnico de enfermagem do dia realiza o acolhimento, entregam os prontuários e orientam os usuários, priorizando os casos agudos, de acordo com o estabelecido no Protocolo para Acolhimento e Classificação de Risco e vulnerabilidade (BRASIL, 2012a). Neste processo é importante incentivar a participação dos outros profissionais (médico, dentista, agentes de saúde) a fim de melhor satisfazer as necessidades dos usuários e evitar o excesso de demanda.

As consultas de Saúde da Criança são realizadas mensalmente. Atendemos 21 crianças menores de um ano, as quais são consultadas cada mês, de acordo com o orientado pelo Protocolo de Enfermagem na Atenção à

saúde da criança (BRASIL, 2012b). Em relação à Saúde da Criança, avaliamos que há 100% da cobertura de Saúde da Criança na nossa unidade de saúde. Anotamos as informações na Caderneta e no Prontuário específico da Saúde da Criança, referentes às medidas antropométricas, situação vacinal, alimentação, marco do desenvolvimento e, o resultado do Teste do Pezinho que é realizado na nossa unidade de saúde. Registramos também as orientações dadas a 100% das mães para Aleitamento Materno Exclusivo e prevenção de acidentes, de acordo com a idade. A primeira consulta de Saúde da Criança é realizada pela equipe de saúde no domicílio, nos primeiros sete dias após o nascimento atingindo 18 crianças (86%). Geralmente os recém-nascidos realizam o Teste do pezinho entre os sete e trinta dias de vida. Com as consultas em dia temos 19 crianças menores de um ano (90%) e 20 crianças (95%) com as vacinas atualizadas. Como aspectos positivos relativos à cobertura da atenção à saúde da criança, podemos dizer que a qualidade da atenção e dos registros é adequada, existe adesão da população às ações propostas e, participação da mesma nas atividades educativas desenvolvidas assim como dos membros da equipe (médico, enfermeira, técnica de enfermagem e nutricionista do NASF). Entre as principais dificuldades que afetam a qualidade da atenção à saúde da criança podemos citar a não existência de um registro específico que permita fazer uma avaliação da saúde bucal das crianças, falta de participação da equipe de saúde bucal nas atividades educativas e, a falta de planejamento e monitoramento das ações. A triagem auditiva, exame estabelecido pelo protocolo, não está disponibilizado no nosso município, assim sendo nenhuma criança é avaliada neste aspecto.

Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à Saúde da Criança na nossa unidade de saúde, devemos criar um registro para o atendimento odontológico dos menores de um ano. Um aspecto importante para o nosso trabalho diário é insistir na necessidade de engajar a equipe de saúde bucal nas atividades educativas. Também é importante designar um profissional para planejar, avaliar e monitorar o Programa de Saúde da Criança.

O pré-natal é o acompanhamento médico às gestantes, para desenvolver ações de promoção e prevenção que garantam o bem estar da mãe e do futuro

bebê. Com este fim foi criada também a Rede Cegonha, que tem entre seus principais objetivos o acolhimento da gestante e do bebê, humanização do parto e nascimento, assim como a organização dos serviços de saúde.

Em relação ao pré-natal e puerpério existe atendimento organizado, desenvolvido pelo médico e enfermeira da equipe, utilizando o Protocolo de Enfermagem de Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher (BRASIL, 2012c) nas consultas. Contamos com um livro de registro dos atendimentos que permite realizar o monitoramento das ações a cada semana. A cobertura da atenção à saúde da gestante e da puérpera é 100%, respectivamente, 11 e 21 usuárias, bem como, há adesão da população às ações propostas. Os indicadores da qualidade do Pré-natal que se encontram 100% são: consulta em dia, solicitação de exames laboratoriais na primeira consulta, vacina antitetânica e contra hepatite B, prescrição de suplementação de ferro, exame ginecológico e orientação para aleitamento materno exclusivo. Somente 10 grávidas (91%) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, e uma no segundo trimestre por demora na procura do serviço de saúde. Fizeram atendimento odontológico oito usuárias o que representa 73%, devido à falta de interesse e percepção do risco, além de serem orientadas. Orientamos em cada atendimento sobre os cuidados na gravidez, sinais e sintomas de alerta, hábitos higiênicos e nutricionais saudáveis, promovemos o aleitamento materno exclusivo e os cuidados com o recém-nascido, explicamos a importância do atendimento odontológico, das vacinas e da consulta puerperal, assim como o planejamento familiar pós-parto. A maioria dos exames laboratoriais são realizados na nossa unidade de saúde, exceto Urocultura e Coombs indireto (para as gestantes com Rh negativo), e a ultrassonografia obstétrica é feita em outro município que trabalha em parceria com o nosso.

A primeira consulta puerperal geralmente é feita no domicílio. Quanto aos indicadores da qualidade deste programa, observamos que 18 puérperas (86%) fizeram sua primeira consulta antes dos 42 dias, com as mamas examinadas, estado psíquico avaliado, e receberam orientações sobre o aleitamento materno exclusivo e os cuidados básicos com o recém-nascido. Em relação ao exame ginecológico no puerpério, só 5 usuárias (24%) receberam essa avaliação. Existem alguns problemas que interferem na

integralidade e qualidade do atendimento, como exemplo que há pouco engajamento da equipe de saúde com a equipe de saúde bucal e a falta de coordenação e monitoramento do Programa de Pré-natal.

Para melhorar os indicadores da qualidade do pré-natal e puerpério, nossa equipe propõe trabalhar de forma integrada com a equipe de saúde bucal e compartilhar informações sobre o problema odontológico das grávidas, assim como incentivar a participação desta equipe nas atividades educativas realizadas com o grupo de gestantes. Aumentar as ações de promoção e prevenção para garantir um melhor bem estar da mãe e do bebê. Também devemos continuar a parceria com as instituições que apoiam o nosso serviço (Hospital Regional “Tibério Nunes”, hospitais e clínicas de outros municípios). Incentivar as mulheres a realizar a consulta puerperal na unidade de saúde, sempre que for possível, explicando a importância do exame ginecológico pós-parto. Por último e não menos importante, designar um profissional para planejar, avaliar e monitorar o Programa do Pré-natal.

O câncer de colo de útero é um importante problema de saúde no Brasil, sendo que, a região nordeste ocupa a segunda posição em prevalência e o de mama que continua com elevadas taxas de mortalidade.

A coleta do exame citopatológico é realizada toda quinta feira no turno da manhã, pela enfermeira da minha equipe, que atende toda a população alvo do município. São realizadas, em média, entre 10 e 15 coletas cada semana (quantidade insuficiente). Nossa área de abrangência tem cadastradas 489 mulheres compreendidas na faixa etária entre 25 e 64 anos de idade as quais todas são acompanhadas representando 100% da cobertura dessa população. Contamos com um livro para registrar os resultados dos exames (das duas equipes), além do prontuário clínico (este último com informações incompletas). No serviço utilizamos o Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher (BRASIL, 2012d) e orientamos às mulheres, em cada consulta, sobre prevenção do câncer e de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Após revisar os registros disponíveis, percebemos que 272 mulheres tem seu exame citopatológico para Câncer de Colo de Útero em dia, todos com amostra satisfatória, o que representa 56%. Igual número de mulheres tem avaliação de

risco e receberam orientações sobre a prevenção do câncer e de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Não foi possível avaliar a quantidade de mulheres com exame com mais de seis meses de atraso nem os exames coletados com células representativas de junção escamo-colunar, devido à falta dessa informação nos registros disponíveis. Também não dispomos de um arquivo específico para Citopatológico alterado (são registrados no mesmo livro de resultados), o que dificulta o adequado monitoramento do programa.

Diante destas dificuldades, nossa equipe fez uma avaliação dos aspectos que poderiam melhorar os indicadores da qualidade do Programa de Câncer de Colo de Útero. Sensibilizar as mulheres para a realização do exame de citologia oncótica, explicando a importância para a saúde, seria nossa primeira ação, assim como realizar busca ativa das que tem exame com mais de seis meses de atraso. De forma a atingir 100% da população alvo, devemos aumentar os dias e/ou turnos de atendimento e utilizar o rastreamento organizado. É necessário dispor de um registro (próprio para cada equipe) que ofereça mais informações sobre o resultado da citologia oncótica, e anotar todos os dados de interesse, tanto na ficha de requisição do exame citopatológico quanto no prontuário clínico, que permita identificar as mulheres faltosas ou com exames alterados, o que vai garantir um adequado controle do programa.

O rastreamento para Câncer de Mama (exame clínico de mama e/ou solicitação de mamografia) constitui um problema a ser melhorado pela nossa equipe de saúde. Na maioria dos casos, a solicitação da mamografia é realizada pelo médico (Clínico Geral) utilizando o rastreamento oportunístico. No entanto, o exame clínico das mamas é realizado pela enfermeira e pela médica da equipe. Mensalmente ou a cada dois meses, a gestão municipal, em coordenação com o Hospital Regional (alocado em outro município), oferece de 15 a 20 vagas para a realização de mamografia, sendo que o resultado demora em média dois meses. Nossa UBS atende 184 mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos de idade o que representa 100% da cobertura. Não contamos com registro específico para os resultados de mamografia, sendo as informações (às vezes incompletas) são anotadas somente no prontuário clínico. Os números de mulheres com mamografia em dia, 21 usuárias (11%) e avaliação

de risco para câncer de mama, 21 usuárias (11%) estão baixos, embora, haja orientações de promoção em saúde.

21

Muitos são os aspectos a serem melhorados a fim de aumentar os indicadores de qualidade deste programa. Inicialmente devemos fazer um registro das mulheres de 50-69 anos de idade, residentes na nossa área de abrangência, para anotar o resultado da mamografia, data em que foi realizada, e avaliação de risco, e que permita verificar mulheres faltosas e com exame alterado. Organizar o rastreamento seria outra dica importante que deve garantir 100% da cobertura e melhorar os indicadores da qualidade. Educar e estimular às mulheres a realizar a autopalpação das mamas e o exame clínico, fundamental para a detecção precoce do câncer de mama, e incentivá-las a adotar estilo de vida saudável.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus tipo II são doenças crônicas não transmissíveis caracterizadas por elevada prevalência e que contribuem para efeitos adversos à saúde (morte prematura, ataques cardíacos, doença renal e acidente vascular cerebral). Fazemos consultas agendadas toda quarta-feira no turno da manhã, embora exista atendimento para esses usuários todos os dias da semana e nos dois turnos. Aproveitamos esse espaço para realizar atividades educativas, orientando-os sobre a importância da alimentação saudável, prática de exercício físico, prevenção de agravos, entre outras, seguindo o Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde do Adulto (BRASIL, 2012e). Registramos as informações das consultas nas fichas de atendimento de pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. A equipe de saúde acompanha 283 pessoas com Hipertensão Arterial com 20 anos ou mais residentes na nossa área de abrangência resultando em uma cobertura de 68%. Após revisar as fichas de atendimento de pessoas com HAS observa-se que, do total de usuários registrados somente 206 (73%) têm estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. O mesmo número de usuários recebeu orientações sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável atingindo-se 73%. Com atraso da consulta agendada em mais de sete dias temos 77 pessoas, que representa 27%. Cabe ressaltar que muitas vezes os nossos usuários procuram o serviço sem serem agendados (mesmo sem apresentar algum problema de saúde agudo), sendo atendido

indistintamente por qualquer equipe de saúde, o que dificulta o adequado acompanhamento. Em algumas ocasiões não são registradas todas as informações da consulta no prontuário clínico (exames complementares periódicos em dia, estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, medicação em uso). Por esses motivos só foi possível avaliar 108 pessoas com os exames complementares periódicos em dia, o que representa 38%. Não encontramos quantos usuários com hipertensão tem avaliação de saúde bucal em dia porque não existe registro específico na unidade de saúde.

Temos cadastrados 41 pessoas com 20 anos de idade ou mais com Diabetes Mellitus da nossa área de abrangência, que fazem acompanhamento com a equipe de saúde, representando 34% da cobertura. No entanto, esse número encontra-se abaixo da estimativa brasileira representando 34,45%. Analisando os indicadores da qualidade, observa-se que 38 usuários com diabetes tem estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, com exames complementares periódicos em dia e que receberam orientação nutricional e sobre prática regular de exercício físico. Igual número de pessoas foi avaliado quanto a exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses o que representa 93%. Com atraso da consulta em mais de sete dias temos três usuários com diabetes, dois deles que moram na zona rural e que não assistem regularmente à consulta. Não foi possível registrar quantos usuários com diabetes tem avaliação de saúde bucal em dia porque não existe registro específico com essa informação.

Com vista a ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção às pessoas com HAS e/ou DM, nossa equipe de saúde deve aumentar a busca ativa de pessoas adultas com risco ou não de desencadear essas doenças. Realizar a consulta dos usuários que estão atrasado o mais rápido possível e incentivá-los a participar regularmente as atividades educativas. Melhorar a qualidade do registro das informações no Prontuário Clínico e de atendimento Odontológico que permita fazer qualquer avaliação. Fazer um registro com as informações necessárias que nos permita saber quantas pessoas tem avaliação de saúde bucal em dia. Também devemos melhorar o vínculo com a

equipe de saúde bucal para garantir um atendimento de qualidade aos nossos usuários.

23

Na área de abrangência temos cadastradas 354 pessoas maiores de 60 anos de idade, que representa 59,45% a mais do estimado na distribuição brasileira. Todos eles possuem a Caderneta de saúde do idoso e são acompanhados pela equipe de saúde, que representa 100% da cobertura. O atendimento deste grupo populacional acontece todos os dias da semana, mas como demanda espontânea e não como um atendimento organizado. Somente são atendidos de forma programada aqueles idosos que apresentam alguma doença crônica (Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial) e os que atendemos no domicílio. Utilizamos o Protocolo de Enfermagem na Atenção à Saúde do Idoso (BRASIL, 2012f). Com acompanhamento em dia e que receberam orientações sobre alimentação saudável e prática de atividade física regular temos 190 idosos, que representa 54%. Pessoas acima de 60 anos com Hipertensão Arterial temos 188 que representa 53% e, com Diabetes Mellitus 31, que representa 9%. Com avaliação de risco para morbimortalidade encontramos 190 idosos, que representa 54%. Em quanto a número de idosos com Avaliação Multidimensional Rápida, investigação de indicadores de fragilização na velhice e com avaliação de saúde bucal em dia, não foi possível preencher esses dados (não aparecem no prontuário clínico), porque são ações que não constituem uma rotina do acompanhamento. Enquanto à avaliação da saúde bucal, também apresentamos dificuldades, não havendo um registro específico que permita avaliar esse indicador. Contamos com uma Academia de Saúde, recentemente inaugurada, que foi concebida como um programa de apoio à atenção do idoso. Na UBS não temos registro específico que permita fazer monitoramento das ações, nem está conformado o grupo de idosos para realizar atividades educativas, mas existe um grupo de idosos, criado pelo Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), que desenvolvem atividades educativas e de lazer, nas quais (às vezes) participa a equipe de saúde.

São muitos os aspectos do processo de trabalho a serem melhorados para ampliar a qualidade da atenção à Saúde da Pessoa Idosa. Em primeiro lugar devemos realizar um registro específico relativo às pessoas idosas que

permita saber quantos são acompanhados na UBS. Organizar o atendimento desse grupo populacional será nosso segundo passo, de forma a atingir toda a população alvo e realizar um acompanhamento de qualidade. Formar grupos de idosos para realizar atividades educativas e, com a participação da equipe de saúde bucal, nutricionista e educador físico. Por último devemos realizar 100% das avaliações multidimensional rápida, de risco para morbimortalidade e dos indicadores de fragilização na velhice da população alvo, a fim de garantir um melhor acompanhamento dos idosos.

Ainda temos muito que fazer para atingir melhores resultados de trabalho e uma população mais saudável. Para enfrentar todas essas limitações, contamos com uma equipe multiprofissional, o interesse político e o apoio dos gestores. A melhor organização do atendimento, o engajamento da equipe de saúde da família e equipe de saúde bucal, constituir um grupo dedicado ao planejamento, coordenação, avaliação e monitoramento das ações de saúde com ampla participação social, melhorar os indicadores da qualidade do Controle do Câncer de Colo de Útero e Câncer de Mama, a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa e, ampliar a cobertura assim como melhorar os indicadores da qualidade da Atenção às pessoas com HAS e/ou DM, constituem os maiores desafios da equipe.

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

Inicialmente a equipe tinha uma visão geral da nossa UBS e do trabalho que realizamos. A sistematização da Análise Situacional nos permitiu conhecer detalhadamente a estrutura física e o funcionamento da nossa UBS, as principais características da população da área adstrita e, contribuiu para melhorar nossa prática profissional.

Após revisar os questionários e o Caderno de Ação Programática, observamos que existem inúmeras dificuldades tanto estruturais quanto do

processo de trabalho que interferem no atendimento integral e de qualidade à população.

Conhecer cada Ação Programática permitiu detectar as limitações existentes e planejar ações a fim de organizar o nosso serviço, melhorar a cobertura, os indicadores da qualidade, nossa prática clínica, o que vai levar ao bem-estar da nossa população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) constituem-se nas doenças crônicas não transmissíveis mais impactantes em Saúde Pública por exigirem contínua atenção e esforços coletivos de Políticas Públicas e da sociedade em geral (Filha, Nogueira, Medina, 2014). Também como doenças crônicas, o sucesso do tratamento depende da adesão do usuário e o envolvimento dos profissionais de saúde por meio da implantação ou implementação de atividades voltadas à educação e ao autocuidado (Correia, Padilha, Vasconcelos, 2014). Ademais, destaca-se que dentre os fatores de risco para doenças cardiovasculares se citam excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo - ditos modificáveis e idade, sexo e etnia - que não são modificáveis (Santos, Moreira, 2012), o que demonstra a importância de uma atenção integral baseada na promoção e prevenção em saúde.

Atuo no Centro de Saúde Integral (CSI) em Eliseu Martins/PI cujo modelo é ESF em que coexistem duas equipes. Estruturalmente, apresenta recepção, sala de espera, consultório médico, consultório odontológico, laboratório, sala de vacina e sala do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF).

Há um compartilhamento dos espaços entre as duas equipes, sendo que, a atenção aos usuários com HAS e/ou DM ocorre por meio de demanda espontânea. No laboratório são realizados testes diagnósticos como hemograma completo, colesterol total, glicemia em jejum, creatinina, ácido úrico e sumário de urina tipo um, entretanto, não há material para realização de HDL e LDL - colesterol, hemoglobina glicada e proteinúria de 24 horas. A equipe de saúde na qual eu trabalho está composta por médica clínica geral, enfermeira, técnica de enfermagem e seis

Agentes Comunitários de saúde (ACS). Conforme o Caderno de Ações Programáticas (CAP) estimam-se 2.079 habitantes na área de abrangência, 418 usuários com HAS; desses, 283 acompanhados na UBS/ESF com cobertura de 68%; em relação aos usuários com DM, estimam-se 119 usuários e 41 acompanhados na unidade de saúde alcançando-se cobertura de 34%, evidenciando-se baixas coberturas. Ainda, as atividades relacionadas ao serviço de saúde mostram deficiências como apenas 206 (73%) dos usuários com HAS realizaram estratificação do risco cardiovascular, 108 (38%) dos usuários com HAS apresentam exames complementares em dia, 38 (93%) dos usuários com DM tiveram exame físico do pé e apresentam exames complementares em dia. Convém, no entanto, destacar que a precariedade nos registros pode comprometer os dados do CAP.

Nesse sentido, observa-se que a intervenção voltada aos usuários com HAS e/ou DM vai ao encontro das necessidades da UBS/ESF, visto que, os indicadores de cobertura e de qualidade do serviço de saúde se encontram baixos, por isso objetiva à melhoria da atenção à saúde por meio de aumento nas coberturas, 100% para usuários com HAS e 80% para usuários com DM, além da reorganização das atividades como exame físico do pé e promoção em saúde.

Deve-se ressaltar que existem dificuldades atreladas à realidade da unidade de saúde como precária Saúde Bucal, registro incompleto, não realização de eletrocardiograma, não disponibilidade de alguns exames complementares e ausência de monofilamento 10g para fins de avaliação da sensibilidade cutânea. No entanto, como pontos facilitadores se consideram participação dos membros da equipe e dos profissionais do NASF como educadora física e nutricionista, espaço físico na UBS/ESF (Academia de Saúde) para a realização de atendimentos clínicos e atividades educativas, apoio da gestão e da comunidade.

Dessa forma, o objetivo da intervenção será melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM no Centro de Saúde Integral (CSI) em Eliseu Martins/PI propiciando-se melhora na cobertura, adesão, qualidade do atendimento, registro das informações, mapeamento de risco cardiovascular e promoção em saúde.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM no Centro de Saúde Integral, Eliseu Martins/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo nº 1. Ampliar a cobertura de usuários com HAS e/ou DM na UBS.

Metas:

1.1 Cadastrar 100% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2 Cadastrar 80% usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo nº 2. Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou DM.

Metas:

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS.

2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com DM.

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

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

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

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

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com DM.

Objetivo nº 3. Melhorar a adesão de usuário com HAS e/ou DM ao programa

Metas:

3.1. Buscar 100% dos usuários com HAS às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada pelo MS.

3.2. Buscar 100% dos usuários com DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada pelo MS.

Objetivo nº 4. Melhorar o registro das informações sobre usuário com HAS e/ou DM.

Metas:

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados na unidade de saúde.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo nº 5. Mapear usuário com HAS e/ou DM de risco para doenças cardiovasculares.

Metas:

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

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

Objetivo nº 6. Promover a saúde de usuário com HAS e/ou DM na área de abrangência.

Metas:

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com HAS.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com DM.

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

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

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com HAS.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com DM.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com HAS.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com DM.

2.3 Metodologia

A intervenção está estruturada para ser desenvolvida no período de 12 semanas no Centro de Saúde Integral/ESF, Eliseu Martins/PI. Participarão da intervenção pessoas com 20 anos de idade ou mais, com HAS e/ou DM que pertencem à área de abrangência, estimando-se diagnosticar / identificar / cadastrar 26 usuários com hipertensão e 6 usuários com diabetes por semana.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de usuários com hipertensão para 100% e de diabetes para 80%.

Ações:

Monitoramento e Avaliação: monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes Mellitus (DM) da UBS, através da criação de um registro próprio.

Organização e gestão do serviço: manter atualizado o registro de usuários cadastrados com HAS e/ou DM da área adstrita. Melhorar o acolhimento para os usuários com hipertensão arterial e diabetes. Agendar consulta de retorno. Garantir material adequado para a medida da pressão arterial e realização de hemoglicoteste na unidade básica.

Engajamento Público: informar à população sobre a existência do programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes Mellitus (DM) e quais os seus benefícios, através de palestras e visitas domiciliares. Orientar a comunidade sobre o rastreamento para hipertensão arterial (aferir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente) e diabetes segundo orientado pelo protocolo do MS. Orientar à comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Qualificação da prática clínica: capacitar os agentes comunitários de saúde (ACS) para o cadastramento e atualização da população da área adstrita. Capacitar a equipe de saúde para verificação criteriosa da pressão arterial e para a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

Ações:

Monitoramento e Avaliação: monitorar e realizar o exame clínico apropriado de 100% das pessoas com hipertensão e diabetes, segundo orientado no protocolo. Realizar exame dos pés a 100% das pessoas com diabetes a cada três meses. Garantir a solicitação/realização dos exames laboratoriais de acordo com a periodicidade recomendada pelo protocolo. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas hipertensas e diabéticas cadastradas e, monitorar o acesso aos mesmos. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes e agendar consulta.

Organização e gestão do serviço: dispor de protocolo impresso na unidade básica (versão atualizada). Capacitar aos profissionais da equipe de acordo com os protocolos adotados e estabelecer periodicidade para a atualização. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e diabetes. Organizar a agenda para acolher as pessoas hipertensas e diabéticas provenientes das buscas domiciliares. Solicitar a referência e contra-referência dos usuários que necessitem de consulta especializada. Coordenar com os gestores a realização dos exames laboratoriais recomendados pelo protocolo e que não são feitos no município (hemoglobina glicosilada, potássio sérico, eletrocardiograma, proteinúria de 24 horas). Providenciar junto ao gestor o monofilamento 10g para o exame dos pés. Manter registro das necessidades de medicamentos das pessoas cadastradas com hipertensão e diabetes e realizar controle de estoque. Avaliar durante as consultas a necessidade de atendimento odontológico e organizar a agenda de saúde bucal para a realização da consulta odontológica das pessoas com hipertensão e/ou diabetes que serão encaminhadas.

Engajamento público: orientar a comunidade, através de palestras, quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes de hipertensão e diabetes, periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares, importância e periodicidade do exame dos pés em pessoas com diabetes, sobre os medicamentos disponibilizados na farmácia popular e o direito dos usuários a ter acesso aos medicamentos e, sobre a importância da avaliação da saúde bucal.

Qualificação da prática clínica: capacitar a equipe para seguir orientações do protocolo para a realização do exame clínico, solicitação de exames complementares. Atualizar aos profissionais quanto a tratamento da hipertensão e diabetes. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para ter acesso a medicamentos da farmácia popular. Capacitar a equipe para realização de exame bucal nas pessoas hipertensas e diabéticas, assim como avaliar necessidade de atendimento odontológico.

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

Ações:

Monitoramento e Avaliação: realizar busca ativa de 100% das pessoas com hipertensão e diabetes faltosas às consultas na unidade básica segundo a periodicidade estabelecida pelo protocolo. Manter atualizados os registros a fim de monitorar as consultas em dia.

Organização e gestão do serviço: realizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e agendar a consulta. Organizar a agenda para acolher os usuários com HAS e/ou DM provenientes das buscas domiciliares.

Engajamento público: informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas e a periodicidade destas segundo o preconizado.

Qualificação da prática clínica: capacitar os ACS para orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto à realização das consultas e periodicidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Ações:

Monitoramento e Avaliação: manter atualizada 100% das fichas de acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes e, monitorar a qualidade destes registros.

Organização e gestão do serviço: manter atualizadas as informações do SIAB/ e-SUS. Implantar a utilização da ficha de acompanhamento e registrar as informações. Definir um responsável pelo monitoramento dos registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta ao atraso na consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco e ao estado de compensação da doença.

Engajamento público: orientar a comunidade e as pessoas com hipertensão e/ou diabetes sobre seus direitos em relação a seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica: capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Capacitar a equipe para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

Ações:

Monitoramento e Avaliação: realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Organização e gestão do serviço: priorizar o atendimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes avaliadas como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Engajamento público: orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular. Esclarecer a comunidade e as pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Qualificação da prática clínica: capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o score de Framingham ou de lesões em órgãos alvos em usuários com HAS e/ou usuários com DM e, em especial a avaliação dos pés em usuários com DM. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

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

Ações:

Monitoramento e Avaliação: monitorar a realização de orientação nutricional, para prática de atividade física regular, sobre riscos do tabagismo e higiene bucal as pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Organização e gestão do serviço: organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, envolvendo a nutricionista do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nesta atividade. Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, envolvendo ao educador físico do NASF nesta atividade. Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde. Organizar tempo médio das consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Engajamento público: orientar pessoas hipertensas e/ou diabéticas e seus familiares sobre a importância de uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes. Orientar a comunidade e as pessoas com hipertensão e/ou diabetes sobre a importância da prática de atividade física regular, inclusive para o tratamento destas doenças. Orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o hábito de fumar. Orientar os usuários com HAS e/ou DM, e seus familiares, sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da prática clínica: capacitar a equipe de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Capacitar à equipe da unidade básica sobre práticas de alimentação saudável e específica para pessoas com diabetes. Também capacitar a equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de pessoas tabagistas, e para oferecer orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

36

Relativo ao Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos usuários com HAS e/ou DM.

Indicador 1.1. Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na unidade de saúde.

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

Denominador: Número total de usuários com HAS residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 1.2. Cobertura do programa de atenção ao usuário com DM na unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Denominador: Número total de usuários com DM residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativo ao Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a usuário com HAS e/ou DM.

Indicador 2.1. Proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS.

Numerador: Número de usuários com HAS com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.2. Proporção de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com DM.

Numerador: Número de usuário com DM com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número total de usuários com HAS com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número total de usuários com DM com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5. Proporção de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de usuários com HAS com prescrição de medicamentos.

Indicador 2.6. Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Denominador: Número de usuários com DM com prescrição de medicamentos.

Indicador 2.7. Proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Mata 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS.

Numerador: Número de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Indicador 2.8. Proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com DM.

Numerador: Número de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Relativo ao Objetivo 3. Melhorar a adesão de usuário com HAS e/ou DM ao programa.

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

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

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

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

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

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

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

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Relativo ao Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Indicador 4.1. Proporção de usuário com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2. Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

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

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 5: Mapear usuário com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular.

Indicador 5.1 Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

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

Denominador: Número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2. Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

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

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 6: Promover a saúde de usuário com HAS e/ou DM.

Indicador 6.1. Proporção de usuários com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com HAS.

Numerador: Número de usuários com HAS que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.2. Proporção de usuários com DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com DM.

Numerador: Número de usuários com DM que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuários com HAS que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com DM.

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

Numerador: Número de usuários com DM que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

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

Numerador: Número de usuários com DM que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

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

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários usuário com HAS.

Numerador: Número de usuários com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

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

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários usuário com DM.

Numerador: Número de usuários com DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.7. Proporção de usuários com HAS com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com HAS.

Numerador: Número de usuários com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.8. Proporção de usuários com DM com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com DM.

Numerador: Número de usuários com DM que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Atenção à pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes vamos adotar o Protocolo de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério de Saúde (BRASIL, 2012a). Utilizaremos a ficha-espelho fornecida pelo curso, sobre o Programa de Atenção aos Usuários com HAS e/ou DM, que prevê a coleta de informações sobre exame físico do usuário (incluindo o exame dos pés no caso da pessoa diabética), estratificação de risco cardiovascular, exames laboratoriais, medicação em uso e orientações sobre alimentação saudável, riscos do tabagismo, prática regular de atividade física e, sobre higiene bucal.

Estimamos alcançar com a intervenção usuários com HAS e/ou DM, sendo que, faremos contato com o gestor para imprimir cerca de 400 fichas espelhos. 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/ou DM venham à consulta será preenchida a ficha espelho em uso na intervenção. A ficha espelho será completada pela enfermeira com base nos registros existentes no prontuário clínico do usuário.

Todos os usuários serão cadastrados em um caderno que será o registro específico. Este cadastro será realizado no momento da consulta, ou quando o usuário procurar o serviço por outro motivo, mesmo que não esteja agendado. A médica e a enfermeira da equipe serão responsáveis por esta ação.

O monitoramento e avaliação do número de usuários com hipertensão e/ou diabetes, assim como a realização do exame físico apropriado, solicitação e realização dos exames laboratoriais, o acesso aos medicamentos da farmácia popular, necessidade de atendimento odontológico, cumprimento das consultas, qualidade dos registros, realização de pelo menos uma estratificação de risco cardiovascular e o monitoramento das orientações sobre alimentação saudável, os riscos do tabagismo, a prática regular de atividade física e, sobre higiene bucal, se dará através da ficha espelho e da planilha eletrônica de coleta de dados, que será responsabilidade da médica e da enfermeira da equipe. A ficha espelho, o registro específico e a planilha de coleta de dados permitirão à médica e à enfermeira avaliar e monitorar as informações acima mencionadas, a cada semana da intervenção, além de manter atualizadas as informações do SIAB/ e-SUS.

Semanalmente a enfermeira e a médica examinarão as fichas espelho das pessoas com hipertensão e/ou diabetes com a finalidade de identificar os que estão com consultas, exames laboratoriais, exame clínico ou estratificação de risco em atraso. O ACS fará a busca ativa de todos os usuários com HAS e/ ou DM em atraso e agendará a consulta. Ao final de cada mês as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica de coleta de dados.

Sempre que o usuário procurar o serviço será verificado se está cadastrado e o seu cadastro será atualizado. Caso não tenha cadastro, o mesmo será realizado pela enfermeira ou a médica da equipe. O acolhimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem e em todos os turnos de atendimento. Usuários com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno e aqueles que buscarem consulta de Hiperdia de rotina assim como os avaliados de alto risco terão prioridade no agendamento.

Todos os usuários que vierem à consulta sairão com a consulta de retorno agendada, assim como aqueles usuários avaliados com necessidade de atendimento odontológico. Reservaremos três vagas em cada turno para acolher as pessoas com hipertensão e/ou diabetes provenientes das buscas domiciliares realizadas pelos ACS. O responsável pelo agendamento será a enfermeira da equipe. Ainda na primeira semana será coordenada com a equipe de saúde bucal a organização da agenda para acolher as pessoas hipertensas e/ou diabéticas que precisam de atendimento odontológico.

Com a finalidade de garantir o material adequado, a equipe responsabilizou os gestores (Secretaria de Saúde e Diretora do Centro de Saúde) para viabilizar a realização dos exames laboratoriais recomendados pelo protocolo e que não são realizados no município (hemoglobina glicada, potássio sérico, eletrocardiograma, proteinúria de 24 horas) e para providenciar a compra do Monofilamento 10g, necessário para realizar o exame dos pés dos usuários com DM. Também foi demandada a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

A cada semana ao longo da intervenção a equipe será capacitada para seguir orientações do protocolo. Utilizaremos o Caderno de Atenção Básica nº 35 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b). Os temas que abordaremos estão relacionados com a verificação da pressão arterial e realização de hemoglicoteste em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg, realização de exame clínico apropriado e exame bucal, assim como avaliação da necessidade de atendimento odontológico, capacitá-las para solicitação de exames complementares,

realizar estratificação de risco cardiovascular segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvos e sobre a avaliação dos pés em usuários com DM.

Também serão capacitados para orientar os usuários sobre as alternativas para ter acesso a medicamentos da farmácia popular e, para orientá-los sobre práticas de alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal e ainda para efetuarem medidas de controle dos fatores de risco modificáveis. Este espaço também será aproveitado para esclarecer dúvidas relativas ao projeto de intervenção. Esta ação terá lugar toda sexta feira às 10h00min, na sala de reuniões da secretaria de saúde, sendo a médica e a enfermeira as responsáveis.

Na primeira semana a equipe será reunida e instruída sobre os instrumentos que serão utilizados na intervenção e, no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes assim como no registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Nesta oportunidade será definida a atribuição de cada profissional, sendo a médica e a enfermeira as responsáveis por realizar o exame clínico das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. A atualização dos profissionais quanto a tratamento da hipertensão e diabetes ocorrerá na primeira semana.

A enfermeira da equipe será responsável por capacitar os ACS para o cadastramento e atualização da população da área adstrita, assim como para orientar as pessoas com hipertensão e/ou diabetes quanto à realização das consultas e sua periodicidade. Esta ação se realizará na primeira semana da intervenção, dia de terça feira no horário da manhã, duas horas antes de terminar o expediente.

Para esclarecer aos usuários sobre o seu direito em relação à manutenção de seus registros de saúde no serviço e acesso a segunda via se necessário, será feita a abordagem desse tema pela técnica de enfermagem durante as salas de espera.

Faremos contato com os representantes da comunidade na Academia de Saúde e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância da realização das consultas e sobre o rastreamento para hipertensão arterial (aferir a pressão arterial a

partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente) e diabetes, de acordo com o orientado pelo protocolo do MS. Solicitaremos apoio da comunidade a fim de ampliar a captação de pessoas com hipertensão e/ou diabetes e de esclarecer a necessidade do atendimento deste grupo populacional, assim como orientá-los sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes de hipertensão e diabetes, periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares e o exame clínico, orientá-los sobre os medicamentos disponibilizados na farmácia popular. Os ACS serão os responsáveis por divulgar junto à comunidade a existência do programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e ao Diabetes Mellitus (DM) e quais os seus benefícios, mediante divulgação nas visitas domiciliares e, através de conversas todos os dias durante as salas de espera, na qual a técnica de enfermagem será a responsável.

Toda semana a equipe organizará práticas coletivas sobre alimentação saudável e prática regular de atividade física com a participação da nutricionista e o educador físico do NASF. Também serão realizadas palestras para orientar os usuários sobre higiene bucal com a participação da equipe de saúde bucal.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A realização desta intervenção propiciou ampliar a cobertura da atenção aos usuários com HAS e/ou DM, assim como melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes com destaque na ampliação da avaliação da saúde bucal e exame físico dos pés dos usuários com diabetes.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do protocolo do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da equipe de saúde da família, a equipe de saúde bucal, a nutricionista e a educadora física do NASF a fim de propiciar atendimento clínico adequado e fundamentado perante os protocolos (Figura 2).



Figura 2: Atendimento clínico – intervenção. Fonte: Arquivo Próprio.

A médica e a enfermeira da equipe ficaram responsáveis pelo cadastramento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes no registro específico, assim como pela realização do exame físico apropriado, solicitação dos exames laboratoriais, verificar o acesso aos medicamentos da farmácia popular, necessidade de atendimento odontológico, cumprimento das consultas, qualidade dos registros, realização de pelo menos uma estratificação de risco cardiovascular e pelo monitoramento das orientações sobre alimentação saudável, os riscos do tabagismo, a prática regular de atividade física e sobre higiene bucal que foram fornecidas em atividades coletivas realizadas na Academia de Saúde e na sala de espera da UBS/ESF, além das consultas individuais (Figuras 3 e 4). Também os usuários tabagistas receberam orientações e medicação que simula os efeitos da nicotina no cérebro, mas, não provoca as alterações que levam à dependência química (Figura 5).



Figura 3: Atividade de educação em saúde – Academia da Saúde. Fonte: Arquivo Próprio.



Figura 4: Atividade educativa em saúde – sala de espera da UBS/ESF. Fonte: Arquivo Próprio.



Figura 5: Entrega de medicamentos – intervenção. Fonte: Arquivo Próprio.

Os ACS foram os responsáveis de realizar a busca ativa de todos os usuários com hipertensão e/ ou usuários com diabetes em atraso e agendar a consulta e pela divulgação do programa. O acolhimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes que procuraram o serviço assim como as orientações durante as salas de espera ficou como responsabilidade da técnica de enfermagem.

Antes da intervenção no serviço não existia um adequado registro das informações relativas ao atendimento dos usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes. A implantação do uso da ficha-espelho (fornecida pelo curso) em cada atendimento tem sido crucial para melhorar a qualidade do registro das informações no serviço.

Apesar da ampliação da cobertura do programa e de ter melhorado a qualidade do atendimento, temos muitos usuários com hipertensão e usuários com diabetes sem realizar os exames laboratoriais preconizados pelo protocolo o que gera insatisfação na população.

Esta ação (realização dos exames laboratoriais preconizados pelo protocolo) poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional a equipe tivesse responsabilizado aos gestores para viabilizar a realização dos exames laboratoriais que não são feitos no município. Também faltou a responsabilidade da gestão para priorizar esta atividade, apesar de ser de conhecimento de que os recursos em Saúde Público tendam a serem insuficientes, infelizmente.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não houve nenhuma ação prevista no projeto de intervenção que não fossem desenvolvidas, ainda que, tenham ocorrido dificuldades que influenciaram no alcance das metas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Enquanto à coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção não houve problemas, bem como no fechamento das planilhas de coleta de dados e cálculo dos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Visando a importância da intervenção e estando incorporadas todas as ações à rotina do nosso serviço, vamos trabalhar na conscientização dos gestores em relação à necessidade de viabilizar a realização dos exames laboratoriais de todos os usuários com hipertensão e usuários com diabetes a fim de melhorar esse indicador.

A partir do próximo mês pretendemos continuar ampliando a cobertura das pessoas com diabetes e elevar o número de usuários com exames complementares em dia e com estratificação de risco cardiovascular.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde de usuários com HAS e/ou DM no Centro de Saúde Integral, Eliseu Martins/PI. Na área adstrita à UBS existem 316 pessoas com hipertensão e 78 pessoas com diabetes.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos usuários com HAS e/ou DM.

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: número de usuários com HAS residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde entre o número total de usuários com HAS residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Descrição dos resultados: A principal justificativa para a projeção dessa meta decorreu da organização do processo de trabalho da equipe que atua além do Centro de Saúde Integral/ESF “Eliseu Martins” em outras três comunidades (da zona rural). O total de usuários com hipertensão estimados para área foi de 316 pessoas. No primeiro mês de intervenção conseguiu-se atingir 109 usuários (34,5%), no segundo mês 197 usuários (62,3%) e no terceiro mês 316 usuários (100%) (Figura 6).

A divulgação do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, o cadastramento de toda a área de abrangência e as visitas domiciliares realizadas pelos ACS foram as principais ações que auxiliaram na evolução desse indicador.

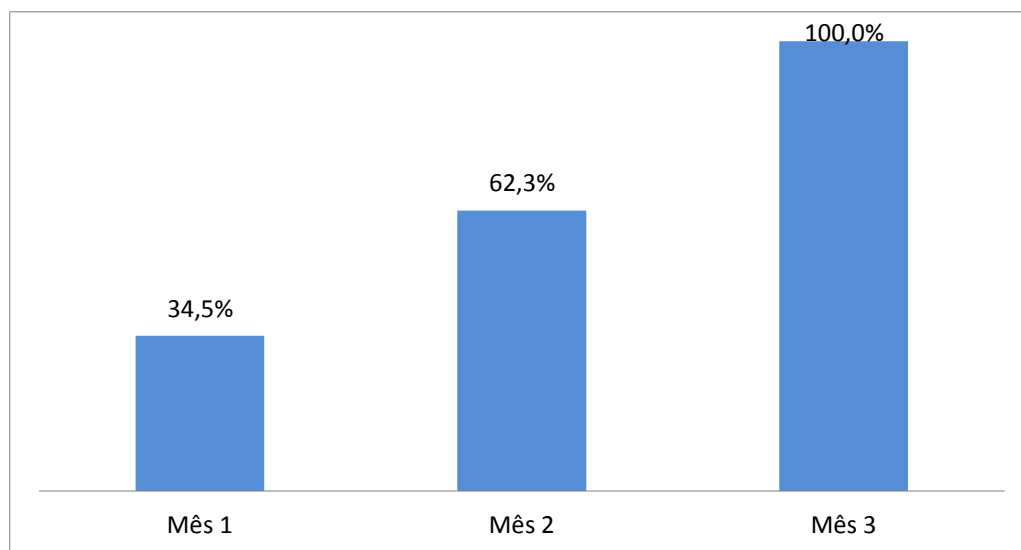


Figura 6: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade de Saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: número de usuários com DM residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde entre o número total de usuários com DM residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Descrição dos resultados: O total de usuários com diabetes estimados para área foi de 78 usuários. No primeiro mês de intervenção conseguiu-se atingir 25 usuários (32,1%), no segundo mês o número de usuários cadastrados passou para 40 (51,3%) e no terceiro mês atingiu 67 usuários (85,9%) (Figura 7). As ações explicadas anteriormente auxiliaram no alcance desses resultados.

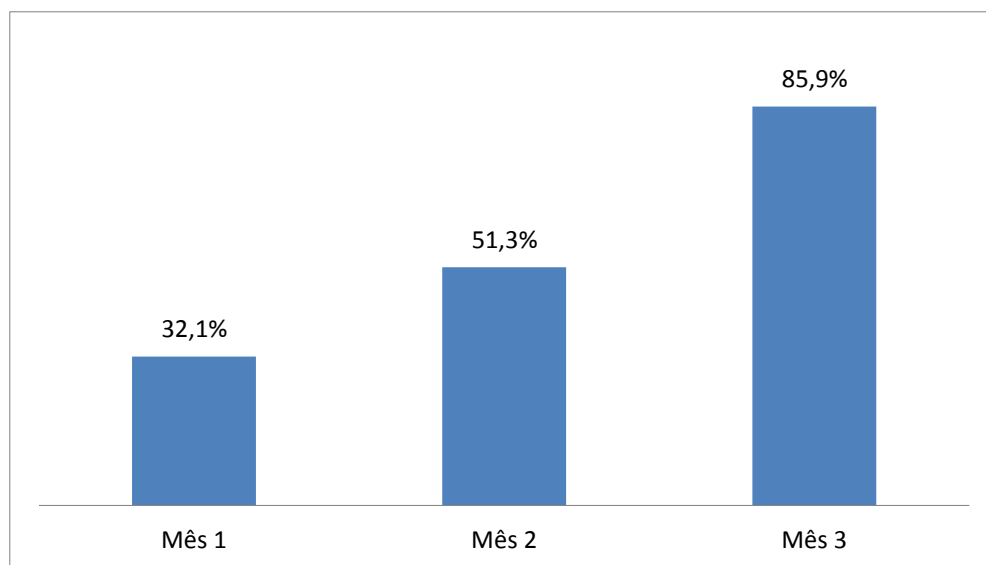


Figura 7: Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS.

Indicador 2.1: número de usuários com HAS com exame clínico apropriado entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: O número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado em relação ao número total de usuários cadastrados a cada mês da intervenção foi 100%, alcançando-se sequencialmente, 109, 197 e 316 usuários.

A capacitação da equipe para a realização do exame clínico apropriado de acordo com o protocolo, a definição das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão, e as orientações dadas à comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão foram ações que ajudaram atingir a meta proposta.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com DM.

Indicador 2.2: número de usuário com DM com exame clínico apropriado entre o número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: o número total de usuários com diabetes avaliados a cada mês da intervenção (25, 40, 67 respectivamente) teve exame clínico apropriado o que representa 100%.

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

Indicador 2.3: número de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia entre o número total de pessoas com diabetes cadastradas no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus.

Descrição dos resultados: o exame dos pés (palpação do pulso tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade) foi realizado em 100% das pessoas com diabetes que participaram na intervenção, atingindo-se progressivamente, 25, 40 e 67 usuários.

A utilização do monofilamento 10g para exame dos pés (providenciado pela gestão), a capacitação da equipe para a realização de exame apropriado dos pés e, as orientações dadas à 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 foram ações que contribuíram para atingir essa meta.

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

Indicador 2.4: Número total de usuários com HAS com exame complementar em dia entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: o número de pessoas com hipertensão estimadas para a área foi 316. A realização de exames complementares de acordo com o protocolo se comportou da seguinte forma: no primeiro mês 11 usuários (10,1%) realizaram exames complementares, no segundo mês 29 usuários (14,7%) e no terceiro mês 50 usuários (15,8%) (Figura 8). Resumindo, dos 316 usuários com hipertensão, somente 50 (15,8%) realizaram exames complementares de acordo com o protocolo.

Não foi possível atingir a meta proposta devido à falta de materiais e insumos necessários para fazer esses exames não disponibilizados no município (potássio sérico, colesterol HDL e LDL, eletrocardiograma), o que envolvia o deslocamento para outro município de um grande número de pessoas com hipertensão que precisavam fazer esses exames (neste caso para o município de Floriano, que fica a 230 km de Eliseu Martins), ação que gerava alto custo e não foi possível pelo insuficiente financiamento público.

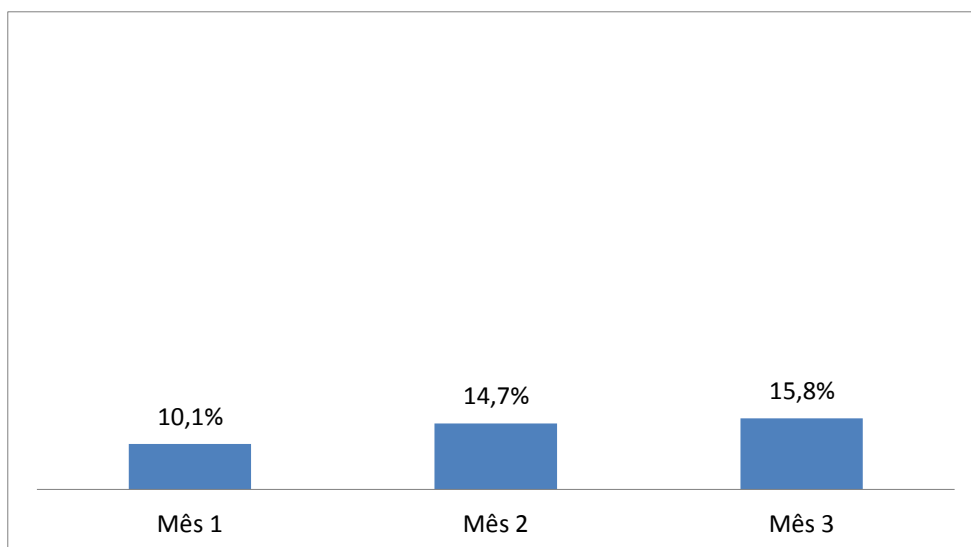


Figura 8: Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Meta 2.5: Garantir a 100% dos usuários com DM a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.5: número total de usuários com DM com exame complementar em dia entre número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: o número de pessoas com diabetes avaliadas foi 67. Com exames complementares em dia de acordo com o protocolo no primeiro mês quatro usuários foram avaliados (16%), no segundo mês, 10 usuários (25%) e no terceiro mês foram 20 usuários (29,9%) (Figura 9).

Não foi possível atingir a meta proposta, o que pode ser explicado pela falta de materiais e insumos para realizar hemoglobina glicada e proteinúria de 24 horas (testes preconizados pelo protocolo) e pelo insuficiente financiamento público que não possibilitou o deslocamento para outro município dos usuários com diabetes que precisavam fazer esses exames.

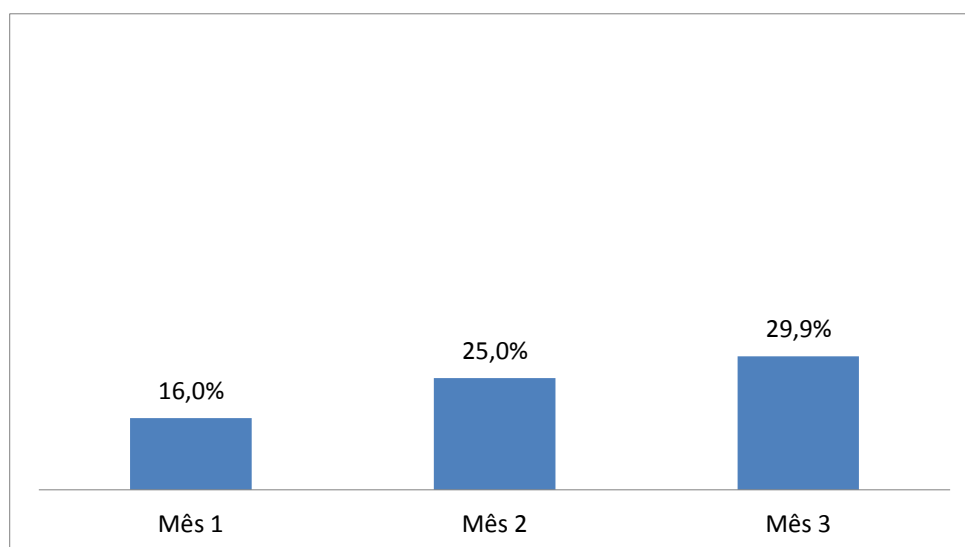


Figura 9: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: número de usuários com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA número de usuários com HAS com prescrição de medicamentos.

Descrição dos resultados: observa-se que no primeiro mês de intervenção, somente um (1) dos 109 usuários com hipertensão cadastrados não teve prescrição de medicamento da farmácia popular o que representou 99,1%. Esse resultado se deve ao fato de que esse usuário possuía plano de saúde, com acompanhamento regular pelo cardiologista, sendo que, os medicamentos prescritos não estavam disponíveis na farmácia popular. No entanto, 100% dos usuários cadastrados no segundo e terceiro meses tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular (Figura 10).

Ações como a atualização dos profissionais no controle e/ou tratamento da hipertensão e orientações aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia garantiram esses resultados.

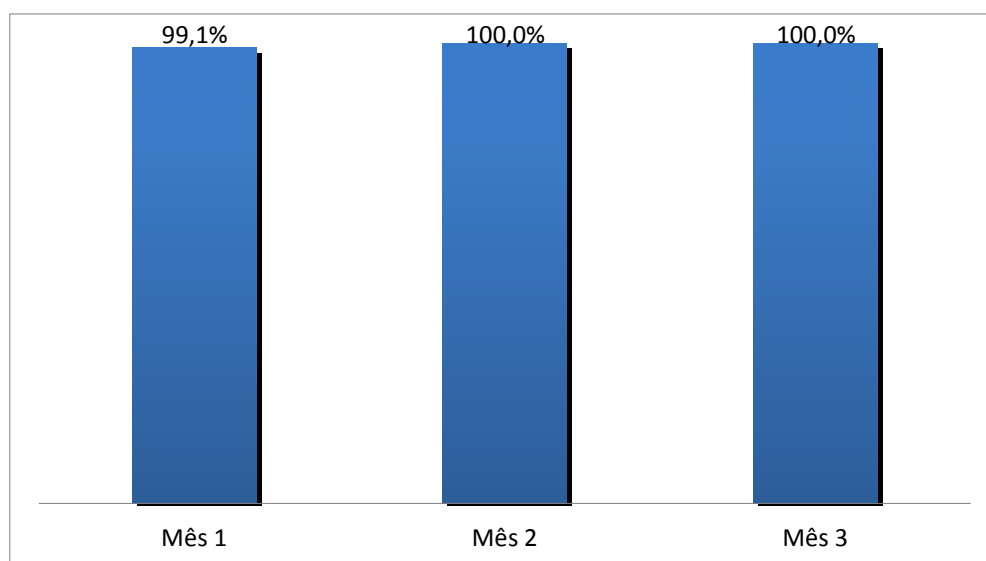


Figura 10: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.7: número de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA entre número de usuários com DM com prescrição de medicamentos.

Descrição dos resultados: 100% dos usuários com diabetes cadastrados a cada mês da intervenção, 25, 40 e 67 usuários, tiveram prescrição de medicamentos da farmácia popular.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS.

Indicador 2.8: número de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre número total de usuários com HAS inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Ao longo da intervenção conseguimos realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS, atingindo-se 109, 197 e 316 usuários com hipertensão.

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com DM.

Indicador 2.9: número de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico entre número total de usuários com DM inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Descrição dos resultados: A cada mês de intervenção conseguimos avaliar a necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com DM, alcançando-se 25, 40 e 67 usuários.

A organização da agenda de trabalho em conjunto com a equipe de saúde bucal e a capacitação da equipe para avaliar a necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão foram as principais ações que possibilitaram alcançar esses resultados. Como aspecto negativo citamos que no último mês de intervenção o atendimento odontológico às pessoas com hipertensão e/ou diabetes não teve continuidade, o que se explica pela ausência do dentista inicialmente por problemas de saúde e posterior transferência para outro município, situação que era de conhecimento da gestão e está em processo de ser solucionada.

No entanto, podemos citar como aspecto positivo que após o começo da intervenção conseguimos nos engajar com a equipe de saúde bucal, parceria que não existia antes da intervenção e que dificultava o atendimento integral aos usuários com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de usuário com HAS e/ou DM ao programa.

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

Indicador 3.1: número de usuários com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Descrição dos resultados: No primeiro mês de intervenção, observa-se que numa semana de atendimento, tivemos nove usuários faltosos à consulta. Os ACS realizaram a busca ativa de 100% das pessoas faltosas e agendaram as consultas na mesma semana. Nos meses seguintes não tivemos usuários faltosos, não sendo necessária busca ativa (Figura 11).

A organização das visitas domiciliares para buscar os faltosos, a capacitação dos ACS para orientar as pessoas com hipertensão e a comunidade sobre a importância da realização das consultas e sua periodicidade foram ações que garantiram atingir a meta.

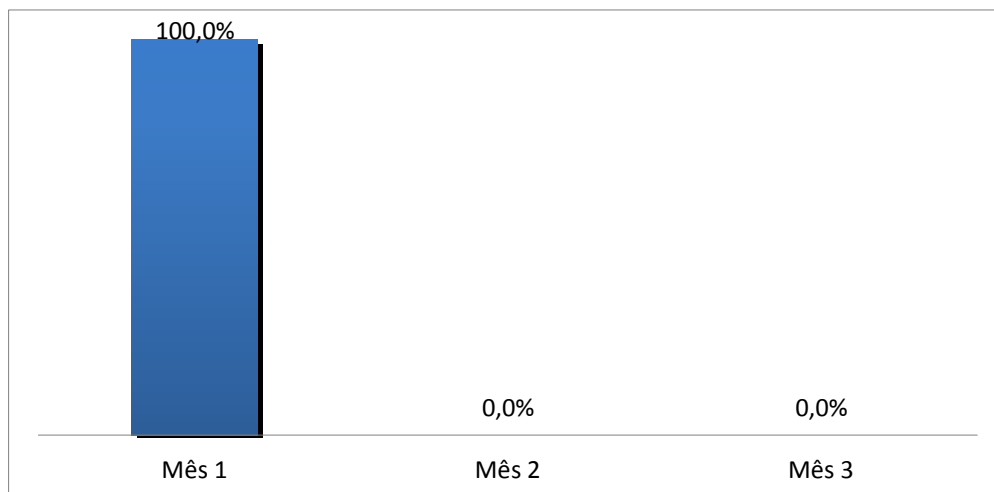


Figura 11: Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas com busca ativa. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

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

Indicador 3.2: número de usuários com DM faltosos às consultas médicas com busca ativa entre número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Descrição dos resultados: Nos três meses de intervenção não tivemos usuários com DM faltosos às consultas, não sendo necessária busca ativa.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 4.1: número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Os usuários com HAS cadastrados e atendidos a cada mês da intervenção tiveram registradas suas informações na UBS/ESF, o que permitiu atingir 100%, mês a mês, respectivamente, 109, 197 e 316 usuários.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento entre número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Os usuários com DM cadastrados e atendidos a cada mês da intervenção tiveram registradas suas informações na UBS/ESF, o que permitiu atingir 100%, mês a mês, respectivamente, 25, 40 e 67 usuários.

Objetivo 5. Mapear usuário com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular entre número total de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Realizamos a estratificação de risco cardiovascular em 11 pessoas (10,1%) no primeiro mês, 29 pessoas (14,7%) no segundo mês e 50 pessoas (15,8%) no terceiro mês (Figura 12).

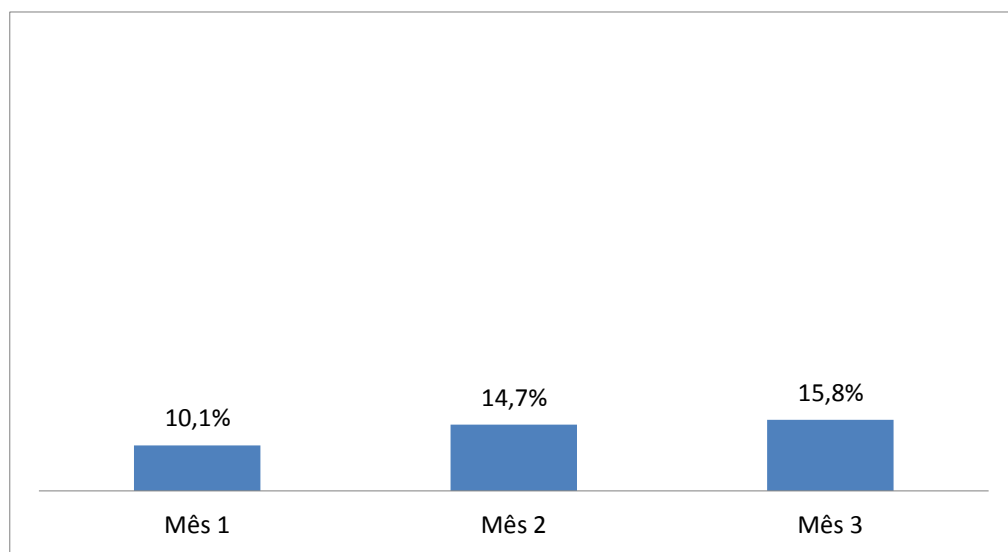


Figura 12: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2: número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular entre número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: No primeiro mês de intervenção, realizamos a estratificação de risco cardiovascular em quatro usuários com diabetes cadastrados, representando 16%. No segundo mês, 10 usuários resultando em 25% e no terceiro mês avaliaram-se 20 usuários totalizando 29,9% (Figura 13).

Similarmente ao indicador anterior, não foi possível atingir a meta proposta, o que pode ser explicado pela falta de materiais e insumos para realizar os testes laboratoriais necessários para calcular o escore de Framingham. Ainda assim, observou-se um progresso ao longo da intervenção. Nesse sentido, para fins educativos a equipe orientou as pessoas com HAS e/ou DM assim como a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação.

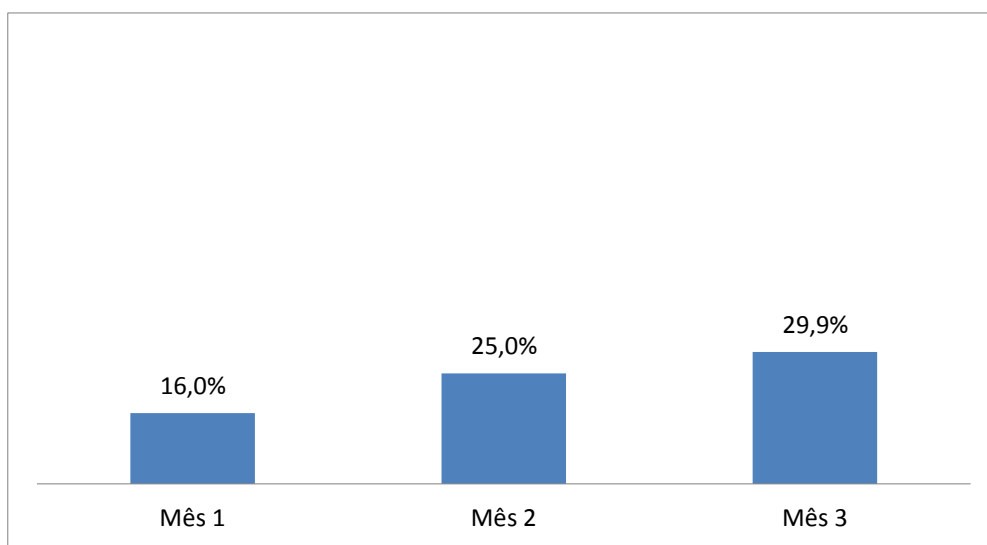


Figura 13: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Fonte: Planilha de coleta de dados, 2015.

Objetivo 6. Promover a saúde de usuário com HAS e/ou DM.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com HAS.

Indicador 6.1: número de usuários com HAS que receberam orientação sobre alimentação saudável entre número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Ao longo da intervenção, orientaram-se 109, 197 e 316 usuários (100%), considerando-se o envolvimento da equipe quanto à multiplicação de saberes, conhecimentos e orientações.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com DM.

Indicador 6.2: número de usuários com DM que receberam orientação sobre alimentação saudável entre número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: No decorrer da intervenção, orientaram-se 25, 40 e 67 usuários (100%), atingindo-se a meta proposta. Como justificativas cita-se a organização da equipe quanto a atividades educativas bem como a parceria com a nutricionista do NASF que colaborou não somente com os usuários como também para a atualização dos membros da equipe.

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

Indicador 6.3: número de usuários com HAS que receberam orientação sobre prática regular de atividade física entre número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Ao longo da intervenção, orientaram-se 109, 197 e 316 usuários (100%), considerando-se o envolvimento da equipe e a transmissão das orientações nas consultas individuais e coletivas.

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

Indicador 6.4: número de usuários com DM que receberam orientação sobre prática regular de atividade física entre o número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Durante os três meses de intervenção, orientaram-se 25, 40 e 67 usuários (100%), atingindo-se a meta proposta. O alcance decorreu do repasse de orientações nas consultas individuais e nas atividades coletivas, inclusive, estimulando-se a participação dos usuários na Academia de Saúde do município que também apresenta a participação da educadora física do NASF. Além

do alcance, pode-se comemorar que essa atividade parece ter agradado os usuários e tende a ser contínua.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com HAS.

Indicador 6.5: número de usuários com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo entre o número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Ao longo da intervenção, orientaram-se 109, 197 e 316 usuários (100%) por meio do engajamento da equipe que utilizou tanto as consultas individuais quanto as atividades coletivas.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários usuário com DM.

Indicador 6.6: número de usuários com DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo entre número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Durante os meses de intervenção orientaram-se 25, 40 e 67 usuários (100%) atingindo-se a meta proposta. Como possíveis justificativas, além do engajamento da equipe, a capacitação dos profissionais da equipe para o tratamento de pessoas tabagistas e a adesão do município ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com HAS.

Indicador 6.7: número de usuários com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal entre número de usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Ao longo da intervenção, orientaram-se 109, 197 e 316 usuários (100%), alcançando-se integralmente a meta. Embora a participação da dentista tenha sido irregular, por questões já mencionadas, os demais membros da equipe transmitiram essas orientações considerando-se a importância da Saúde Bucal.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com DM.

Indicador 6.8: número de usuários com DM que receberam orientação sobre higiene bucal entre número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Descrição dos resultados: Durante a intervenção orientaram-se 25, 40 e 67 usuários (100%), alcançando-se a meta. Além da justificativa mencionada anteriormente, pode-se contextualizar que a capacitação da equipe foi essencial para que seus membros se qualificassem, tornando-se multiplicadores das orientações de Saúde Bucal, além da parceria com a equipe odontológica.

4.2 Discussão

A realização desta intervenção propiciou ampliar a cobertura da atenção aos usuários com HAS e/ou DM, assim como melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes com destaque para a ampliação da avaliação da Saúde Bucal e exame físico dos pés dos usuários com DM.

Previamente à intervenção, a equipe foi capacitada segundo as recomendações dos protocolos do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. Essa atividade promoveu o trabalho integrado da equipe de saúde da família, a equipe de Saúde Bucal, a nutricionista e a educadora física do NASF.

A médica e a enfermeira da equipe ficaram responsáveis pelo cadastramento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes no registro específico, assim como pela realização do exame físico apropriado, solicitação dos exames laboratoriais, verificação do acesso aos medicamentos da farmácia popular, necessidade de atendimento odontológico, monitoramento da frequência às consultas, qualidade dos registros, realização de pelo menos uma estratificação de risco cardiovascular e monitoramento das orientações sobre alimentação saudável, riscos do tabagismo, prática regular de atividade física e higiene bucal.

Os ACS foram os responsáveis pela busca ativa de todos os usuários com HAS e/ou DM em atraso, pelo agendamento às consultas e pela divulgação do programa na comunidade. O acolhimento dos usuários com hipertensão e/ou diabetes que procuraram o serviço assim como as orientações durante as salas de espera ficaram sob a responsabilidade da técnica de enfermagem.

Antes da intervenção no serviço não havia um adequado registro das informações relativas ao atendimento dos usuários com HAS e/ou DM; dessa forma, ao longo dos três meses, a implantação da ficha-espelho (fornecida pelo curso) em

cada atendimento foi crucial para melhorar a qualidade do registro das informações no serviço, facilitando, assim, o acompanhamento dos atendimentos e demais atividades realizadas na unidade de saúde.

Considerando-se o acesso aos exames laboratoriais preconizados pelos protocolos, infelizmente, não atingiu a meta estabelecida de 100% em decorrência das limitações municipais, o que gerou insatisfação na população.

Essa ação (realização dos exames laboratoriais) poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional a equipe tivesse solicitado de forma mais veemente aos gestores a viabilização de exames laboratoriais. Todavia, é importante destacar que houve uma insuficiência de recursos municipais, o que também interferiu nessa atividade e que nem todos os exames se encontram disponíveis no município.

No que tange à importância da intervenção para a comunidade e o objetivo de incorporá-la à rotina da UBS/ESF, acreditamos que o tempo de três meses resultou em impacto positivo para a equipe e os usuários e que, considerando a tríade gestor - profissional - usuário, devemos enfatizar a necessidade de acesso mais facilitado à realização de exames laboratoriais e, por conseguinte, à estratificação de risco cardiovascular.

Baseado nos resultados da intervenção, acreditamos que essa se tornou um modelo para a qualificação de outras ações programáticas, iniciando-se pelo programa de Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama na UBS/ESF, opção já compartilhada pelos membros da equipe.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados

Primeiramente gostaria de agradecer a vocês, gestores, pelo acolhimento e apoio para a realização desta intervenção que objetivou a melhoria da atenção à saúde das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes no Centro de Saúde Integral do município Eliseu Martins / PI.

Considerando que a hipertensão e diabetes são doenças crônicas não transmissíveis com um elevado índice de morbimortalidade, planejou-se essa intervenção a fim de aumentar a cobertura e a qualidade do serviço de saúde oferecido no Centro de Saúde Integral.

Antes da intervenção estavam cadastradas 283 pessoas com Hipertensão Arterial e 41 pessoas com Diabetes Mellitus, resultando em coberturas de 68% e 34%, respectivamente, bem como o serviço de saúde apresentava dificuldades em relação à Saúde Bucal, ao registro incompleto das informações, à escassez de monofilamento 10 g para avaliação da sensibilidade cutânea em pessoas com diabetes, não realização de eletrocardiograma e de alguns exames complementares necessários para o mapeamento de risco cardiovascular.

Dessa forma, pelas necessidades apresentadas, estipulamos um aumento nas coberturas de 100% para usuários com hipertensão e 80% para usuários com diabetes, além de qualificar a adesão, a qualidade do atendimento, o registro das informações, o mapeamento de risco cardiovascular e a promoção em saúde.

Assim, iniciamos a intervenção organizando e distribuindo as funções dos profissionais da equipe no processo de trabalho bem como solicitamos à gestão apoio para o desenvolvimento das atividades durante os três meses de duração.

Após a intervenção alcançamos uma cobertura de 100% para usuários com hipertensão (316 pessoas) e 85,9% para usuários com diabetes (67 pessoas), que foi considerado um sucesso junto à equipe. Quanto ao serviço de saúde, atingimos 100% de usuários usuários com hipertensão e/ou usuários com diabetes com exame clínico apropriado, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, ficha de acompanhamento e, com orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

Embora a maioria das ações tenha resultado em impacto positivo para a saúde dos usuários, como por exemplo, a disponibilidade de monofilamento para avaliação da sensibilidade dos pés de usuários com diabetes, o que permitiu o alcance integral da meta (100%), a falta de materiais e insumos para a realização dos testes laboratoriais preconizados pelo protocolo do Ministério da Saúde e que são necessários para calcular o risco de dano cardiovascular foi um fator negativo que não possibilitou o alcance de 100% bem como gerou um pouco de insatisfação na população alvo. Diante desse quadro, os resultados obtidos foram de 15,8% de usuários com hipertensão e 29,9% de usuários com diabetes com exames complementares em dia e mapeamento de risco cardiovascular.

Dessa forma, considerando a importância de se detectar precocemente possíveis danos cardiovasculares, gostaria de ressaltar a necessidade de melhorar a disponibilidade de materiais e insumos bem como de acesso aos exames laboratoriais em prol da saúde dos usuários.

Ainda, gostaria de parabenizá-los pela construção da Academia Municipal de Saúde que tem tido grande impacto na população além de propiciar uma integração entre os profissionais da saúde, contribuindo, assim, para uma melhor qualidade de vida da nossa população. Finalmente, considero importante ressaltar que a hipertensão e a diabetes se constituem as doenças mais impactantes em Saúde Pública e que exigem a atenção contínua e os esforços coletivos de Políticas Públicas e da sociedade. Por isso, devemos continuar a parceria entre a equipe ESF e a gestão municipal a fim de oferecer melhor qualidade de vida aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Por fim, vemos que a intervenção foi incorporada à rotina da unidade de saúde, porém, pode ser melhorada junto com o apoio da gestão, especialmente, em maior número de vagas para a realização de exames complementares; ademais, outras ações programáticas podem ser qualificadas como o Pré-Natal e o Puerpério.

Assim, que o trabalho entre nós, profissionais, gestores e usuários, continue junto a um diálogo constante e acolhedor.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Estimada comunidade

Iniciarei este relatório agradecendo à comunidade pelo apoio à realização da intervenção que objetivou a melhoria da atenção à saúde das pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes no Centro de Saúde Integral do município Eliseu Martins / PI.

Primeiramente a equipe identificou uma necessidade de melhorar a cobertura e o serviço de saúde aos usuários com hipertensão e/ou diabetes; após, planejou-se uma série de atividades junto a vocês e com o apoio da gestão.

Antes da intervenção estavam cadastradas 283 pessoas com Hipertensão Arterial e 41 pessoas com Diabetes Mellitus, resultando em coberturas de 68% e 34%, respectivamente, bem como o serviço de saúde apresentava dificuldades em relação à Saúde Bucal, ao registro incompleto das informações, à não realização de eletrocardiograma e de alguns exames complementares importantes para o mapeamento de risco cardiovascular.

Após três meses de intervenção, cadastraram-se 316 usuários com hipertensão, atingindo-se 100% da cobertura e 67 usuários com diabetes resultando em 85,9% da cobertura. Quanto ao serviço de saúde, passamos a realizar atividades que não eram rotineiras no atendimento como registro das informações, avaliação da Saúde Bucal, realização de exame clínico e orientações sobre alimentação saudável, higiene bucal, benefícios da prática regular de atividade física e riscos do tabagismo.

Também a intervenção gerou um impacto positivo entre os profissionais e vocês, aumentando o vínculo, especialmente, junto aos trabalhadores da Saúde Bucal que auxiliaram nas atividades educativas e organizaram a agenda de atendimentos odontológicos. Ademais, reforçamos a parceria com a nutricionista e a educadora física que continuarão apoiando as atividades comunitárias.

Além disso, queremos ressaltar a importância da Academia Municipal de Saúde tanto para vocês quanto para equipe de saúde. Esse espaço está disponível para que vocês realizem atividade física, bem como para atendimento clínico e práticas coletivas, assim, usufruam da Academia.

Como aspecto a ser melhorado, infelizmente, nem todos vocês tiveram acesso aos exames laboratoriais, o que pode ser explicado pela falta de materiais, por isso, já reforçamos junto à gestão maior quantidade de materiais e de acesso mais fácil aos exames complementares.

Nesse sentido, para fins educativos, a equipe repassou orientações a vocês, usuários e familiares, quanto à importância de uma alimentação equilibrada, à higiene bucal, aos benefícios do exercício físico e aos riscos do tabagismo.

Finalmente, solicitamos a vocês, que continuem participando das atividades da unidade de saúde, multipliquem as orientações junto a familiares e amigos a fim de que a saúde seja o mais integral possível.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O Curso de Especialização em Saúde da Família, oferecido pela UFPEL, foi uma nova e interessante experiência para mim desde o ponto de vista pessoal quanto o profissional.

A realização da Análise Situacional permitiu-me conhecer a realidade da minha comunidade e os principais problemas de saúde que a afetam, além de realizar uma reflexão crítica sobre o processo de trabalho.

Baseado nas principais dificuldades, decidimos elaborar um projeto de intervenção para melhorar a atenção às pessoas com HAS e/ou DM que pertencem a nossa área de abrangência que incluía ações nos quatro eixos monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Apesar de existirem dificuldades como o acesso aos exames laboratoriais, posso considerar que a intervenção gerou um impacto positivo na comunidade e na equipe, não somente pelo aumento na cobertura, como também em algumas atividades do serviço de saúde e na qualificação dos membros da equipe.

Também, o curso me possibilitou maior aprofundamento acerca do funcionamento da Atenção Básica no Brasil por meio do estudo das ações programáticas fundamentadas em cada protocolo, assim como qualificar e aperfeiçoar minha prática clínica por meio dos casos clínicos disponibilizados pelo curso e dos estudos da prática clínica, o que contribuiu para elevar a qualidade e efetividade do meu desempenho e da equipe de saúde.

Ademais, possibilitou melhorar a organização e o planejamento de ações na UBS/ESF o que facilitou a atuação da equipe e estimulou o engajamento entre profissionais-gestão-comunidade. Enfim, foi um aprendizado proveitoso e uma experiência inesquecível.

Referências

BRASIL, 2012^a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea. Avaliação de risco e vulnerabilidade: protocolo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica, nº 28. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 56 p. il.

_____, 2012^b. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento: protocolo/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 33. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 272 p. il.

_____, 2012^c. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco: protocolo/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 318 p. il.

_____, 2012^d. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama: protocolo/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 13. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 124 p. il.

_____, 2012^e. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus (DM): protocolo / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. Cadernos de atenção Básica, nº 37. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 96 p. il.

_____, 2012^f. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e saúde da pessoa idosa: protocolo / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 192 p. il.

CARVALHO FILHA F. S. S.; NOGUEIRA L. T.; MEDINA M. G. Avaliação do controle de hipertensão e diabetes na Atenção Básica: perspectiva de profissionais e usuários. **Saúde debate**, v.38, n.spe, p. 265-278, 2014.

CORREIA L. O. S.; PADILHA B. ME; VASCONCELOS S. M. L. Completitude dos dados de cadastro de portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus registrados no Sistema Hiperdia em um estado do Nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.19, n.6, p. 1685-1697, 2014.

SANTOS J. C.; MOREIRA T. M. M. Fatores de risco e complicações em usuários com hipertensão/usuários com diabetes de uma regional sanitária do nordeste brasileiro. **Rev. esc. Enferm**, v.46, n.5, p. 1125-1132, 2012.

Anexos

Anexo A - Documento do Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

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