

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma9**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus, na UBS/ESF Floresta, Bagé/RS

Luben Gutiérrez Corvo

Pelotas, 2016

Luben Gutiérrez Corvo

Melhoria da atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus, na UBS/ESF Floresta, Bagé/RS

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: Catiuscie Cabreira Da Silva.

Co-orientador: Chandra Lima Maciel

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

C832m Corvo, Luben Gutiérrez

Melhoria da Atenção Às Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS/ESF Floresta, Bagé/RS / Luben Gutiérrez Corvo; Catiúscie Cabreira da Silva, orientador(a); Chamdra Lima Maciel, coorientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

96 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. Silva, Catiúscie Cabreira da, orient. II. Maciel, Chamdra Lima, coorient. III. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico a minha mãe por ter sido meu sustento e ajuda em minha vida, a minha esposa por sua ajuda e compreensão ao longo destes anos, a meus filhos.

Agradecimentos

Agradeço ao Programa Mais Médicos para o Brasil pela oportunidade de formar parte desse projeto. Aos colegas da minha equipe de saúde, pois sem eles não conseguiria ter terminado a intervenção.

A todas as pessoas que tem feito possível o desenvolvimento desse trabalho A minha orientadora Catiuscie Cabreira Da Silva pela sua ajuda permanente e apoio ao longo do curso.

A todos, muito obrigado.

Resumo

CORVO, Luben Gutierrez. **Melhoria da atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na UBS/ESF Floresta, Bagé/RS**. 95fls. 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 atenção das pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus deve estar alicerçada na integralidade do cuidado e permeada em todos os encontros na promoção, prevenção e diminuição de agravos para pessoas com essas doenças, e entrelaçada na humanização como política ética. Vários estudos demonstram a necessidade de avaliar não somente o número de consultas realizadas, mas sim o conteúdo destas. Durante o curso de especialização foi possível verificar as ações programáticas da Unidade Básica de Saúde Floresta em Bagé/RS e percebeu-se a fragilidade da atenção das pessoas com essas doenças crônicas não transmissíveis. Nesta perspectiva foi realizado um projeto de intervenção, com o objetivo de melhorar a atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Floresta. A intervenção ocorreu no período de três meses desde 26 de novembro de 2015 até 22 de fevereiro de 2016 e foi embasada em quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, engajamento público, organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica, cada eixo com ações específicas. Os resultados com a intervenção são notórios, a ampliação da cobertura da atenção a Hipertensão que antes da intervenção era de 12%(207) de cadastrados na ESF passou no final da intervenção para 49,7%(302). E na atenção a pessoa com Diabetes Mellitus era de 21%(107) das pessoas cadastradas durante o ano, e foi ampliada para 41,3%(136); a população estimada em nossa área com Hipertensão Arterial é 608 e de diabetes 150 pessoas, segundo estimativa do Ministério da Saúde. Realizamos exames laboratoriais em 100 % das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas na intervenção graças à ajuda da gestão. Também realizamos exames dos pés em 100 % das pessoas diabéticas. Todas as pessoas com hipertensão e diabetes receberam os seus medicamentos a através da farmácia da UBS e da farmácia popular. Orientamos 100% dos usuários cadastrados sobre alimentação saudável e saúde bucal, sem do que todas foram encaminhadas para atendimento odontológico. A qualificação do cuidado foi melhorada quanto ao

registro dos dados, na realização de procedimentos e/ou ações para 100%, conforme preconizado pelo protocolo. A intervenção na atenção as pessoas com Hipertensão e Diabetes Mellitus possibilitou a visibilidade dessas pessoas na ESF, até então despercebida mesmo acessando o serviço. Precisamos ainda fortalecer o engajamento público, as ações em educação, e a prioridade dos atendimentos dessas pessoas, ações estas que serão ainda mais efetivas com a incorporação da intervenção na rotina da ESF.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Mapa de localização da cidade de Bagé/RS no Estado do Rio Grande do Sul.	11
Figura 2	Cobertura do programa de Atenção à pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde ESF Floresta, Bagé, 2016.	68
Figura 3	Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde ESF Floresta. Bagé 2016.	68

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Cadernos de Ações Programáticas
CAPS	Centro Atenção Psicossocial
CAPSI	Centro Atenção Psicossocial Infantil
CAPS AD	Centro Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEO	Centro de Especialidades odontológicas
CIOM	Centro Integrado de Oncologia e Mama
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EAD	Educação a Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médico
PSE	Programa Saúde na Escola
RAS	Rede de Atenção à Saúde
REMUNE	Relação Municipal de Medicamentos
RN	Recém-nascido
SAE	Serviço Atendimento Especializado
SAMU	Serviço Móvel de Urgência
SIAB	Sistema da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
TB	Tuberculose
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
UNASUS	Universidade aberta do SUS
URCAMP	Universidade da Campanha

Sumário

1	Análise Situacional	10
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.	29
2	Análise Estratégica	30
2.1	Justificativa.....	30
2.2	objetivos e metas	32
2.3	Metodologia.....	34
2.3.1	Detalhamento das ações	34
2.3.2	Indicadores	51
2.3.3	Logística.....	57
2.3.4	Cronograma	60
3	Relatório da Intervenção.....	62
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	62
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	66
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	66
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	66
4	Avaliação da intervenção.....	68
4.1	Resultados	68
4.2	Discussão.....	79
5	Relatório da intervenção para gestores	82
6	Relatório da Intervenção para a comunidade	86
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	88
	Referências	89
	Anexos	90

APRESENTAÇÃO

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de Pós-Graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a UNASUS. O trabalho tem como título Melhoria da atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, na ESF Floresta, Bagé/RS 2016.

O trabalho de conclusão do Curso possuiu sete capítulos que segue a seguinte sequência:

Unidade 1: Análise Situacional que possibilitou realizar diagnóstico da UBS, da equipe e das ações programáticas e a definição do foco de intervenção.

Unidade 2: Análise Estratégica onde se realizou o projeto de intervenção sobre a ação programática que necessitava de melhorias.

Unidade 3: Intervenção com duração de 12 semanas de intervenção, possibilitando à realização da ação programática atenção às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

Unidade 4: Avaliação da Intervenção possibilitou avaliar resultados desempenhados durante a intervenção e a discussão.

Unidade 5: Relatório para o gestor mostrando resultados alcançados e as fragilidades encontradas durante a intervenção.

Unidade 6: Relatório para a Comunidade descrevendo as ações e resultados desenvolvidos pela intervenção.

Unidade 7: Reflexão sobre o Processo de Aprendizagem apresenta o reconhecimento da aprendizagem pelo curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) de nome Floresta localizada no município Bagé/RS, composta por uma estrutura física adequada e onde trabalham duas equipes de Estratégia da Saúde da família (ESF) divididas em duas áreas de abrangência, área 11, a que atuo e área 12, da outra equipe.

A UBS tem uma área de recepção e sala de espera integrada, um local amplo, que na recepção conta com dois atendentes que oferecem a nossa população toda informação relacionada aos serviços e atendimento, assim como o acolhimento dos usuários da unidade. O local dispõe de oito bancos para a espera dos usuários, além de dois computadores conectados à internet e duas impressoras, também telefone, mural de informações e dois banheiros para os usuários. É uma área que tem uma boa ventilação através de mais de cinco janelas na frente e outras seis na zona posterior da recepção.

Na UBS também temos uma cozinha, com geladeira, botijão de gás e cinco cadeiras, não temos mesa para refeições. Há dois banheiros para os trabalhadores do serviço e uma área pequena de coleta de lixo classificado e um pátio para estacionamento no fundo da UBS. Temos dois consultórios médicos equipados com maca, três cadeiras e lavatório para as mãos; uma sala de vacinação com geladeira, mesa, cadeira e vitrine, além de computador conectado à internet; uma sala para nebulizações; dois consultórios de enfermagem, um dos quais tem banheiro no interior para o atendimento as grávidas e mulheres em geral que precisarem de atendimento ginecológico com sua maca e mesa; além disso, temos duas salas para as técnicas em enfermagem; uma farmácia; uma sala para reuniões de equipes e trabalho com os grupos de doenças crônicas não transmissíveis; um consultório de

odontologia. A dentista presta serviço para ambas às equipes da área de abrangência.

As duas equipes estão compostas por um médico; uma enfermeira; duas técnicas de enfermagem; além de uma atendente de farmácia; duas auxiliares de limpeza; dois recepcionistas; uma dentista, sem auxiliar de saúde bucal, dois agentes comunitários de saúde (ACS) por cada área. A unidade toda atende uma população estimada em 6.500 habitantes, com cinco micro áreas para cada equipe e uma população por área de aproximadamente 3.200 pessoas, segundo estimação, pois no momento, os dados estão incompletos em função de algumas áreas estarem descobertas pela falta de agentes comunitários de saúde, assim não tem sido possível refazer o cadastro total da população.

As consultas são agendadas para 10 pessoas no dia, além dos atendimentos à demanda espontânea e o acolhimento que é feito por todos os integrantes das duas equipes. Temos também o atendimento da dentista no horário da manhã. Na semana corrente (08 a 14.05.15) foram instalados dois computadores para a equipe da área 11 e serão instalados também para a outra equipe, com o intuito de cobrir a necessidade do posto de saúde quanto ao ponto eletrônico e o sistema e-SUS. Segundo as medições feitas por funcionários da prefeitura municipal, as áreas de consulta cumprem com os requisitos mínimos indicados pelo ministério da saúde para cada uma delas. A coordenação da unidade é feita por uma funcionária da recepção, ex agente comunitária da saúde. Acho que a estrutura física da unidade básica pode ser melhorada, mas tem condições para oferecer um bom serviço para nossos usuários.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município de Bagé está localizado no estado do Rio grande do Sul, tem uma população estimada de 120.000 habitantes e iniciou-se em 2003 o processo de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF), que até o momento conta com 22 equipes em funcionamento, sendo 21 na área urbana e um na zona rural, com uma cobertura populacional de 68,44%, sendo a meta de 70%.



Figura 1- Mapa de localização da cidade de Bagé/RS no Estado do Rio Grande do Sul. 2015.

No município as equipes são distribuídas em 16 Unidades de Saúde da Família localizadas em comunidades da periferia e em situação de vulnerabilidade biopsicossocial, além da Unidade Móvel de Saúde que presta atendimento na zona rural, atendendo nove localidades. A Saúde Bucal possui 16 equipes, atendendo como apêndice nas Unidades de Saúde da Família, somando-se aos profissionais das outras Unidades. O serviço conta com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF).

O município aderiu ao programa Primeira Infância Melhor (PIM), do Governo do Estado, para acompanhamento de crianças de zero a seis anos, com ênfase até os três anos, visando promover o desenvolvimento integral dos pequenos. Existe também o Programa Amigos do Bebê, do Governo Municipal, criado para acompanhar gestantes e recém-nascidos de risco, presta atendimento multidisciplinar, com busca ativa dos faltosos. Subdivide-se nos Projetos: Planejamento Familiar, que promove amplo acesso da população a todos os métodos contraceptivos; Parto Humanizado, que fornece atenção obstétrica qualificada e integrada ao atendimento de 100% das gestantes da rede pública; e “Seja Bem-Vindo”, que presta acompanhamento sistemático aos recém-nascidos de risco até um ano de idade, com complementação alimentar até os seis meses.

Com relação à atenção Especializada, o Centro Mathilde Fayad fornece atendimento multiprofissional às crianças e adolescentes com necessidades especiais, além de ser sede do Serviço de Saúde Auditiva, que fornece próteses

auditivas, sendo referência da Macrorregião Sul. O Posto de Atendimento Médico I - PAM I, oferta à população os serviços de Neurologia, Traumatologia, Urologia, Nutrição, Fisioterapia, Oftalmologia, Dermatologia, Psicologia, Cardiologia, Pequenas Cirurgias, Ecografias, Eletrocardiograma, Raios-X. Com o objetivo de qualificar a saúde bucal através dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs), o Programa Brasil Sorridente foi implantado no município, com funcionamento no PAM I, ofertando os seguintes procedimentos: Cirurgia oral menor dos tecidos moles e duros; Diagnóstico e tratamento do câncer de boca; Cirurgia buco-maxilo facial; Periodontia especializada; Raios-X odontológico; Odontopediatria; Endodontia; Próteses. Atualmente estamos habilitados como CEO III, e também possuímos um Laboratório de Próteses Dentárias. Referência materno-infantil para o município e região, o Centro de Saúde Camilo Gomes conta com equipe multidisciplinar qualificada para o atendimento integral à gestante e à criança, além de ser sede do Programa Amigos do Bebê, do Setor de Imunizações, e ainda abriga o Laboratório de Análises Clínicas Municipal.

A UBS do CAIC possui atendimento diferenciado até às 20h, estando inserido no Programa Agentes Comunitários de Saúde, com 10 ACS. A Unidade de Saúde Eduardo Sá Monmanny também é referência em especialidades e diagnóstico, ofertando serviços de Ginecologia/obstetrícia, Traumatologia, Fisioterapia, Odontologia, Ecografias, Eletrocardiograma, Raios-X e também possui pronto atendimento até às 24h.

O Serviço de Tuberculose Dr. Paulo Barcellos, é referência na busca, monitoramento, tratamento e acompanhamento de usuários com tuberculose, realizando busca ativa de contatos e controle epidemiológico evolutivo.

A política de Saúde Mental no município conta com um CAPS II, que presta atendimento multiprofissional aos portadores de sofrimento psíquico, possuindo oficinas terapêuticas. Os usuários sem família e/ou sem condições de viverem sozinhos são acolhidos na Residência Terapêutica. Atualmente são 15 pessoas residindo no local. Foi implantado também um CAPS AD, com tratamento de transtornos mentais e de comportamento relacionados ao uso de substâncias psicoativas, com equipe qualificada para o atendimento especializado, e implantamos em 2010 o CAPS Infantil com funcionamento no Centro Mathilde Fayad.

O Serviço de Atenção Integral à Sexualidade (SAIS), é referência em DST/AIDS

para toda a rede, realizando campanhas de conscientização, atendimento a portadores, distribuição da medicação (coquetel) aos usuários acompanhados. Na mesma área física do SAIS, funciona o Serviço de Controle de Hepatites, que conta com equipe multiprofissional que realiza exames de rotina e acompanhamento e tratamento dos casos confirmados.

A área de fisioterapia conta com um Serviço especializado no município, com funcionamento no PAM II, além de sermos Referência Macrorregional em Reabilitação Física, serviço este que funciona em parceria com a Universidade da Região da Campanha (URCAMP), contando com equipe multiprofissional para fornecer reabilitação, próteses físicas e meios de locomoção.

O Programa Farmácia Popular do Brasil foi implantado com o objetivo de aumentar o acesso da população aos medicamentos por um preço acessível, com atendimento qualificado, mediante apresentação de receituário médico ou odontológico.

Em relação à atenção hospitalar, o município conta com o atendimento de dois hospitais de abrangência regional: Hospital Universitário Dr. Mário Araújo, com 101 leitos, sendo 60 disponíveis para usuários do SUS, além de nove leitos na UTI adulto conforme a necessidade, possuindo bloco cirúrgico, terapia renal substitutiva, serviço de eco cardiograma; e Santa Casa de Caridade, com 177 leitos, sendo 110 disponíveis para usuários do SUS, possuindo bloco obstétrico com plantão fixo, UTI adulto, pediátrica e neonatal com plantões fixos, bloco cirúrgico, Clínica de Oftalmologia, serviço de traumatologia, sala de gesso, Pronto Socorro com plantão de sobreaviso em traumatologia, cirurgias, oftalmologia. É Hospital Amigo da Criança e, está em processo de habilitação para Unidade de Oncologia. Além disso, o município tem em funcionamento desde o ano de 2014 uma UPA 24 horas por dia, assim como o SAMU, para se deslocar por todo município o atendimento de emergência e urgência.

Os exames complementares são fornecidos segundo a disponibilidade dos laboratórios existentes no município. Temos problemas por causa da alta demanda da população e a demora da realização dos mesmos. No caso dos exames de alta complexidade, o SUS não disponibiliza o acesso a todas as redes, somente à rede pública.

A UBS Floresta é uma unidade localizada na área urbana e está vinculada ao SUS é composta por duas equipes de saúde da família, divididas em duas áreas

de abrangência, área 11, minha área e área 12, da outra equipe Cada equipe está composta por médico, enfermeira, duas técnicas de enfermagem e dois agentes comunitários de saúde, além disso, o serviço conta com uma técnica de farmácia, duas auxiliares de limpeza, dois recepcionistas e uma dentista, que presta serviço para ambas às áreas de abrangência.

Considero a estrutura física da UBS adequada, porém tem sido providenciado todo equipamento para um atendimento melhor aos nossos usuários nos últimos tempos, além da informatização para o funcionamento do e-SUS, ainda falta providenciar os computadores para uma das duas equipes. O acesso para a ESF é muito próximo, mas ainda temos problemas com o acesso para a população com incapacidade física pela presença de barreiras arquitetônicas. Porém, nossa UBS tem condições interiores para a deambulação dos cadeirantes e impedidos físicos, mas na área exterior prévia a entrada ao posto tem barreiras arquitetônicas que impedem um melhor acesso porque não tem pavimentação, sendo de areia.

A UBS tem uma área de recepção e sala de espera integrada, existe aproximadamente cadeiras para 20 pessoas que aguardam o atendimento pelo profissional solicitado, o espaço tem boa luminosidade, temperatura ambiente, além de boa ventilação, através de mais de cinco janelas na frente e outras seis na parte posterior da recepção. Na recepção ficam dois atendentes que oferecem a nossa população toda informação relacionada aos serviços e atendimento, assim como acolhem os usuários da UBS. Há dois computadores conectados à internet, duas impressoras, telefone, mural de informações, além de dois banheiros para a população. A UBS também conta com uma cozinha com geladeira, gás e cinco cadeiras, não temos mesa para refeições; existem dois banheiros para os trabalhadores do serviço e uma área pequena de coleta de lixo classificado e um estacionamento no fundo do serviço. Temos também uma sala para as reuniões com uma pequena área de almoxarifado para impressos usados na UBS, folhas e outras, há um mês este espaço é utilizado por uma fisioterapeuta que foi enviada para trabalhar em nossa UBS.

Temos dois consultórios médicos equipados com escritório, maca, três cadeiras, lavatório; uma sala de vacinação com geladeira, escritório, cadeira e estante, além de escritório com computador conectado à internet; uma área para nebulizações; temos dois consultórios de enfermagem, um dos quais tem banheiro no interior para o atendimento as grávidas e mulheres em geral que precisarem de

atendimento ginecológico com maca e escritório; temos também duas salas para técnicas de enfermagem e uma farmácia, além de uma sala para reuniões de equipes e trabalho com os grupos de doenças crônicas não transmissíveis.

Possuímos consultório odontológico com instalações completas para todo o tratamento odontológico primário, mas não temos auxiliar de consultório dentário nem técnico de higiene dental. Ainda não temos sinalização nas portas das diferentes áreas de atendimento para oferecer informação visual aos usuários, para que identifiquem cada local da UBS. Temos algumas janelas que estão quebradas e com os fechamentos ruim, comprometendo a segurança do posto não podendo ser fechadas corretamente, levando a um possível risco de roubo dos equipamentos disponibilizados no posto, esta situação preocupa toda equipe que trabalha na UBS.

No mês anterior foi providenciado para minha equipe computador para meu consultório e para o da enfermeira, além de um computador com todos os meios para as consultas com telessaúde quando necessário, e iniciamos o trabalho com o agendamento eletrônico pelo e-SUS nesta mesma semana. Segundo foi informado pela Secretaria Municipal de Saúde, seriam providenciados computadores para a outra equipe da UBS, também recebemos cinco aparelhos de ar condicionado para os consultórios e recepção, estamos aguardando a sua instalação para melhorar as condições de atendimento e conforto para nossos usuários e equipe de saúde.

Eu acho que apesar de tudo isso a UBS e as áreas de trabalho cumprem com a função de acolhimento correto, fornecimento de informação, solução de suas queixas e necessidade de atendimento quando precisam, ainda que concorde que podem ser melhoradas. Acho que as condições estruturais da nossa UBS tem sido melhoradas desde que iniciamos a trabalhar nela e segundo foi informado pela secretaria de saúde continuará sendo.

A coordenação da unidade é feita por uma funcionária da recepção, ex agente comunitária da saúde. As atividades de mapeamento e territorialização da área de abrangência da população da ESF Floresta é feita parcialmente por dois ACS de cada área das duas equipes. A demarcação de micro áreas, a atualização do território e cadastramento de famílias estão em nossas mãos, ainda com a dificuldade da falta de quatro ACS, que são muito importantes para o melhor funcionamento da equipe. Trabalhamos identificando parceiros na comunidade, onde identificamos grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, grupos de agravos e vulnerabilidades para a melhoria da saúde contribuindo para a equidade e

a realização de ações que apórtem uma melhora na qualidade de vida de toda população.

A realização de atendimento de urgência/emergência em nossa UBS é feita por toda a equipe (sempre que temos os medicamentos disponibilizados para este tipo de atendimento), cuidamos do indivíduo doente com carinho e respeito, e quando há necessidade ligamos para SAMU. Fazemos visitas e consultas domiciliares a idosos, acamados, cadeirantes, atendimentos aos recém nascidos e gestantes com alto risco ou que não possam comparecer nas consultas agendadas por diferentes causas e também na pós alta hospitalar. A busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas e grupos é realizada pela ACS diretamente na comunidade que ela atende. Os encaminhamentos a outras especialidades da rede de Saúde do Município têm sido melhorados com a implementação do sistema integral de encaminhamentos do município e a sua inclusão no funcionamento das ESF, porque nossos usuários já saem com a sua consulta para o especialista que precisam com data e hora de agendamento.

As notificações compulsórias de doenças e agravos são realizadas por toda a equipe no momento que são atendidas e diagnosticadas. A participação dos profissionais da equipe em atividades que promovam a identificação de parceiros e recursos na comunidade se faz ativa sempre que se programa, e que possam potencializar as ações de saúde com a equipe e seu relacionamento com a comunidade na solução das suas demandas de atendimento com vistas à sua satisfação e qualidade de vida. Essa busca é feita em situações especiais como nas campanhas de vacinação, pesagem bolsa-família, encontros com grupos especiais, entre outras. No momento são bem-sucedidas.

No contexto da educação permanente a realização de atividades de qualificação profissional está baseada na participação no curso de pré-natal, e já discutimos os temas de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Devido à falta de mais ACS, nossa equipe tem dificuldades com o seguimento das internações domiciliares, a busca mais efetiva de faltosos, assim como com a identificação de parceiros e recursos na comunidade para potencializar as ações de saúde e o relacionamento da comunidade com a equipe. Apesar desta grande dificuldade, estamos realizando ações intersetoriais e de promoção da saúde na comunidade para o fortalecimento social, como o programa saúde na escola, a alimentação mais saudável nas crianças, trabalho com grupos de risco como usuários com

Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus (DM), grávidas, idosos, entre outros. Nestas atividades participam todos os funcionários da equipe. Oferecemos com nosso trabalho uma educação popular em saúde com a formação de grupos de usuários com HAS, DM, asma, obesidade, mas o importante são as atividades de promoção e prevenção em saúde comunitária. Em minha opinião, o trabalho com esses grupos é muito importante, contribuindo e fazendo com que eles aprendam a conviver com suas doenças e controlá-la para melhorar a qualidade de vida; isso com as pessoas doentes, mas temos que trabalhar com as pessoas saudáveis para evitar doenças, principalmente com os grupos de risco.

O engajamento desenvolve-se como parte do aprendizado e construção do conhecimento em nossa atividade diária e de toda equipe de saúde, sendo muito útil para avaliar o relacionamento desta com a população e dela mesma com nosso serviço, sendo uma ótima ferramenta para saber se são suficientes e adequados para as principais demandas da população. Nessas atividades interagimos com a população sobre a sua participação no processo saúde e enfermidade, assim como fornecemos a eles uma melhor compreensão do processo de atendimento, seguimento e desenvolvimento do trabalho de cada um dos profissionais que integram nossa equipe de saúde, bem como as suas funções. Também recebemos deles as demandas de atendimento necessárias para sua satisfação e aperfeiçoamento do nosso trabalho em uma troca de critérios e conhecimento sobre a carta dos direitos dos usuários do SUS.

Embora nos esforcemos para manter a saúde da população o mais estável possível, acho que falta um grande número de médicos especialistas (Cardiologista, Gastroenterologistas, Endocrinologia, Otorrino) no município, pois o atendimento aos usuários encaminhados com esses fins é demorado, o serviço público fica deficiente por conta disso.

É importante incentivar a consolidação de um trabalho em equipe a partir de resultados positivos para a saúde, mas esta consolidação de trabalho não só é possível com o trabalho da equipe, deve participar também os presidentes dos bairros e seus conselhos, ainda a educação e todos os setores da população; líderes formais e informais das comunidades e fazer verdadeiramente um todo único comunitário. Em nosso ESF a comunicação com a população é boa, procuramos atender toda a demanda na medida do possível.

Acho que uma forma de melhorar nosso relacionamento com a comunidade toda e com os líderes da mesma é fazer com que nosso trabalho de equipe tenha um melhor desenvolvimento e consiga atingir bons níveis, tenho observado que é muito importante incentivar trocas dos estilos de vida de grupos de risco, como os hipertensos e diabéticos, os quais às vezes não possuem todos os conhecimentos e ferramentas para uma melhor compreensão de suas doenças, abandonando os seus tratamentos e não se conscientizando da importância da alimentação balanceada e do exercício físico. Porém, não temos conseguido recadastrar todos os usuários com essas e outras doenças que requerem de uma melhor atenção da equipe de saúde.

Na nossa Unidade, na área 11, o cadastro da população adstrita está desatualizado desde o ano 2012 devido à falta de ACS. Em nossa avaliação isso dificulta o melhor seguimento dos nossos usuários faltosos, grávidas, crianças e usuários em geral. Temos uma população estimada para as duas equipes de 8.000 usuários, segundo os cadastros e prontuários que estão na UBS, com cinco micro áreas para cada equipe e uma população por equipe de aproximadamente 4.000 pessoas. Devido à falta dos ACS na nossa UBS não temos os dados exatos do perfil demográfico (idade/sexo) da população.

Com relação à atenção à demanda espontânea, em nosso trabalho do dia ao dia é feito o acolhimento de nossos usuários desde a recepcionista até a técnica de enfermagem, passando pela enfermeira e médico. Após a prévia avaliação, é feito o encaminhamento a outro profissional da equipe, seja o médico ou enfermeira, inclusive a dentista, quando necessário, o que é indicado pela técnica de enfermagem quem afere os sinais vitais. Na maioria das vezes os usuários solicitam consultas para o médico quando estão com problemas de saúde agudos, e a depender do problema em questão, são atendidos também pelo enfermeiro e o tempo de espera não é maior que 30 minutos. Nossa equipe de saúde tem conhecimento das avaliações e classificações de risco biológico, mas não são utilizadas porque o atendimento é feito por ordem de chegada, quanto às avaliações e classificação de vulnerabilidade social é feita pelo NASF.

São agendadas 10 consultas diárias, além do atendimento da demanda espontânea e o acolhimento que é feito por todos os integrantes das duas equipes, temos também o atendimento da dentista no horário da manhã. Além disso, todas as segundas feiras são feitas as reuniões de equipe, onde planejamos as atividades a serem executadas por todos para nosso melhor trabalho, também fornecemos

informações úteis aos nossos ACS para serem repassadas aos usuários com necessidades específicas, como citações para campanhas de vacinação de crianças, vacinação da gripe, preparação e data de atividades com grupos de usuários hipertensos e diabéticos, localização e visita a grávidas faltosas, visitas domiciliares, entre outras.

Existe um excesso na demanda espontânea para as consultas com o médico, o que não acontece com o enfermeiro e o odontólogo. Isso em grande medida compromete o trabalho da equipe devido que em algumas ocasiões os usuários não respeitam os horários do atendimento, fundamentalmente no horário da manhã. Nossa equipe, no caso de excesso de demanda espontânea, se não constitui uma urgência que possa ser resolvida na nossa unidade, orientamos ao usuário para voltar outro dia após a escuta das suas necessidades de atendimento e problemas específicos que o levaram a procurar o serviço.

Com relação à atenção à saúde da criança, a cobertura para nossa UBS atualmente é de 17%, só temos cadastradas 16 crianças na nossa área de abrangência. Segundo o caderno de ações programáticas (CAP) temos estimadas 96 crianças menores de um ano para a área. Isto indica que existe uma desatualização dos registros da UBS quanto às crianças existentes na área adstrita. Com a presença de mais ACS poderíamos cadastrar mais criança e melhorar este indicador. Os atendimentos da Puericultura (também chamada Pediatria Preventiva, acompanhamento integral do processo de desenvolvimento da criança de 0 a 72 meses) são realizados uma vez na semana, na sexta-feira de manhã. Realizamos somente atendimentos das crianças de nossa área de abrangência, não temos crianças que não pertencem à nossa área. Na consulta de puericultura participam o médico, enfermeiro e o técnico de enfermagem, após a consulta a criança sai da UBS com a próxima agendada. Atendemos problemas de saúde agudos de usuários de nossa área de cobertura e fora da área também, porque temos perto de nossa UBS duas escolas e uma creche. Não existe excesso de demanda espontânea para esses atendimentos.

Os atendimentos de puericultura são registrados em prontuário clínico, formulário especial de puericultura, ficha-espelho de vacinas. Não existe um arquivo específico de puericultura. Fazemos consultas na primeira semana de vida da criança, e se não comparecem é garantida uma visita domiciliar do ACS ou de

qualquer integrante da equipe ao binômio mãe e recém-nascido no contexto da família, para orientação sobre o cuidado de ambos.

Das crianças cobertas pelo programa, todas estão com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, fizeram teste do pezinho antes dos sete dias, fizeram monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta e tiveram orientação para aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes; 94% fizeram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida e estão com as vacinas em dia. Temos orientado como parte de nossa consulta algumas dicas importantes para a prevenção dos acidentes e o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e a sua importância para um melhor desenvolvimento da criança e a saúde da mãe, todos esses dados são registrados na caderneta da criança. Não temos feito avaliação da saúde auditiva nem avaliação da saúde bucal, pela dificuldade do atendimento da dentista que tem somente 20 horas de trabalho na semana em nossa ESF.

Na primeira consulta de puericultura do recém-nascido, fazemos o exame físico completo, rastreamento para displasia evolutiva do quadril, faz em conjunto com a enfermeira, examinamos os testículos para descartar criptorquidea, se menino. Na UBS é feito o cadastramento das famílias pela equipe de saúde para o Bolsa família, o envio de cadastros é feito pela enfermeira. Estamos tentando formar um grupo de mães, para conversar sobre a importância da puericultura e todos os temas e conhecimentos que achamos importantes nessa fase, para o melhor desenvolvimento e crescimento das crianças. Concluímos a reflexão avaliando a Puericultura realizada em nossa UBS como de boa qualidade, os índices que precisam melhorar irão ser analisados pela equipe e certamente conseguiremos melhorar a saúde de nossas crianças, bem como reduzir da morbimortalidade infantil.

Quanto à atenção ao pré-natal, em nossa área de abrangência temos um total de 23 gestantes acompanhadas, o que representa 19% de cobertura. Devido à falta de ACS em quatro das cinco áreas que são atendidas, e também devido em parte, que temos três meses que um de nossos dois ACS esteve afastado para perícia após acidente de moto, é difícil informar o número correto de grávidas que realmente existem na área. As gestantes da área preferem ser acompanhadas por Médicos da Família e enfermeiros do que Médicos Obstetras, seja pelo SUS ou particular. Das gestantes acompanhadas, 87% iniciaram o pré-natal no 1º Trimestre e

todas estão com consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde, com solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, com vacina antitetânica e contra hepatite B conforme protocolo, com prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo, com exame ginecológico por trimestre, com avaliação de saúde bucal e com orientação para aleitamento exclusivo.

Considero a qualidade do programa boa, fazemos atendimento uma vez na semana, de tarde pelo médico e a enfermeira da área juntos e de manhã só pela enfermeira, não temos gestantes fora da área de cobertura. O atendimento é realizado pela médica, enfermeira e médico Obstetra do SUS, após a consulta a gestante sai com o próximo atendimento, segundo os protocolos de atenção ao pré-natal do Ministério de Saúde. As consultas são mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo. Quando o parto não ocorre até a 41ª semana encaminhamos a gestante ao Bloco Obstétrico.

Fazemos atendimento de demanda de problemas de saúde agudos só nas gestantes de nossa área de cobertura; participando dele toda a equipe, também não existe excesso de demanda. Cumprimos o protocolo de atendimento de Pré-natal do Ministério da Saúde, 2013, e participamos do Curso de atualização de Pré-natal oferecido pela Secretaria de saúde do município, recebemos certificado pelo curso.

As ações desenvolvidas para o cuidado da gestante na UBS são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais e odontológicos, quando for necessário; imunizações e promoção do aleitamento materno. Fazemos solicitação na primeira consulta dos exames laboratoriais preconizados e prescrevemos sulfato ferroso conforme protocolo. Utilizamos avaliação e classificação de risco gestacional segundo protocolo. Utilizamos protocolos para regular o acesso das gestantes a outros níveis do SUS, encaminhamos com formulários de referência e contra referência para atendimento nas especialidades, internação hospitalar, serviços de pronto-atendimento e pronto-socorro.

Registramos os atendimentos das gestantes só no prontuário clínico e no registro específico de pré-natal, carteira de todas as grávidas da nossa área. Não existe um arquivo específico para os registros dos atendimentos das gestantes. Em cada consulta, sempre solicitamos a carteira/cartão de pré-natal, conversamos e damos dicas de alimentação saudável explicando sua importância, encaminhamos a vacinas, a avaliação de saúde bucal. Orientamos quanto ao aleitamento materno

exclusivo tanto quanto aos cuidados com o recém-nascido. Conversamos com as gestantes sobre os riscos de tabagismo, álcool e drogas na gravidez, além dos métodos de anticoncepção no pós-parto. Recomendamos a revisão puerperal entre 30 e 42 dias a todas as nossas grávidas e falamos sobre a importância dessa ação de saúde para a melhor qualidade de vida da puérpera e sua criança.

Existe na UBS o Programa SISPRENATAL do Ministério da Saúde, a responsável pelo cadastramento das gestantes é a Enfermeira, sendo ela também a responsável pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde. Temos atividades com as grávidas, um grupo por mês, no âmbito da UBS toda a equipe participa das falas de temas variados apresentados pelas gestantes. Comparecem ao grupo só 30% de gestantes.

Quanto ao puerpério, a cobertura é de 43 puérperas, assim com 45% de cobertura, avalio como baixa, devemos melhorar a cobertura. Porém, quanto aos indicadores de qualidade, todas consultaram antes dos 42 dias de pós-parto, tiveram a sua consulta puerperal registrada, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo e sobre planejamento familiar, tiveram o abdome e mamas examinados, realizaram exame ginecológico e tiveram seu estado psíquico avaliado; apenas 16% foram avaliadas quanto à intercorrências. A atenção ao planejamento familiar contribui para a redução de morbimortalidade materna e infantil, pois orienta para o planejamento da gravidez e permite a avaliação pré-concepcional, contribuindo para diminuir o risco gestacional.

A equipe precisa conhecer ao máximo a população adstrita de mulheres em idade fértil, necessitamos de mais ACS para conseguir estes dados e também para fazer busca de gestantes faltosas, e melhorar os índices de pré-natal e puerpério de nossa Unidade Básica de Saúde.

No tocante ao câncer de Colo de útero e de mama, em nossa UBS só temos 201 mulheres cadastradas entre 25 e 64 anos de idade, o que representa uma cobertura de 9%, das 2.204 mulheres que deveríamos ter, conforme estimado pelo CAP para o rastreamento do câncer de colo uterino. Tendo como foco o rastreamento do câncer de mama, temos 107 mulheres entre 50 e 69 anos acompanhadas das 826 estimadas pelo CAP, assim com uma cobertura de 13%. Somente temos cadastradas totalmente a população de duas das cinco áreas que formam parte da nossa área de abrangência. Embora tenhamos dois ACS, ainda

temos muito que fazer para conseguir pelo menos recadastrar 85% da população que pertence a nossa área de abrangência.

Na assistência ao controle do câncer de mama, é importante conhecer que durante a detecção precoce de um nódulo no exame clínico das mamas, nós devemos indicar ecografia mamária se a mamografia for negativa ou inconclusiva. Se for positiva, as mulheres devem ser logo encaminhadas a um ginecologista. Com relação aos indicadores de qualidade, 87% das mulheres acompanhadas estão com a mamografia em dia, com avaliação de risco para câncer de mama e com orientação sobre prevenção do câncer de mama, 13% estão com a mamografia com mais de três meses em atraso. Temos indicado a mamografia para 100% das mulheres nessa faixa etária.

Nosso objetivo é realizar no momento palestras na UBS por parte do médico e a enfermeira, sobre os riscos de câncer de mama e colo de útero para as mulheres alvo e aumentar a cobertura para a realização de exames preventivos. Fazer atividades de promoção de saúde no âmbito da UBS promovendo a realização do exame de mama periodicamente, no caso das mulheres grávidas, promover o aleitamento materno, o que evita o aparecimento de células cancerosas.

A dificuldade na realização de mamografia e a demora no atendimento hospitalar desmotivam muitas mulheres a fazerem diagnósticos preventivos. A Secretaria Municipal de Saúde em acordo com a Prefeitura Municipal, iniciará um sistema de agendamento de exames laboratoriais desde as unidades básicas de saúde, incluindo as mamografias, para eliminar as filas nos centros hospitalares e evitar as demoras dos exames.

Para este programa o protocolo que utilizamos é o do Ministério de Saúde, publicado no ano 2012. Desde que eu estou trabalhando na UBS Floresta, somente houve detecção de uma mulher com mamografia alterada, a qual foi encaminhada para o ginecologista e posteriormente para o Centro Integral de Oncologia e Mama (CIOM). Não temos arquivo específico para o registro dos resultados das mamografias, só registramos no prontuário. Na nossa UBS a médica e a enfermeira são as profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação e avaliação das ações e controle do câncer de mama, mas não fazemos reuniões.

Indicamos os exames quando os usuários fazem contato com os serviços de nossa consulta e agora com os agentes comunitárias poderemos convocar aquelas mulheres que não comparecem espontaneamente.

A coleta do exame citopatológico na nossa UBS é feita duas vezes por semana no turno da manhã e tarde pela enfermeira, para mulheres que solicitam o exame espontaneamente ou encaminhadas pelo médico em consulta segundo precisarem. O rastreamento é organizado e utilizamos os protocolos de prevenção de câncer uterino produzido pelo Ministério de Saúde no ano de 2013.

Atualmente, temos 175 mulheres com o exame citopatológico em dia (87%), de um total de 32 mulheres (16%) com mais de seis meses de atraso. De 175 amostras coletadas, três foram insatisfatórias (4%), 175 exames coletados (75%) apresentavam células representativas da junção escamo colunar e 81 amostras estavam alteradas (40%), 133(66%) com avaliação de risco para câncer de colo. Estas mulheres mantêm seguimento com o médico de família e o ginecologista. Durante as consultas orientamos sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e sobre prevenção do câncer de colo para 100% das mulheres. Os atendimentos são registrados no prontuário e em um arquivo específico para o registro dos exames citopatológicos coletados.

Quanto à atenção às pessoas com HAS e DM, do total de usuários que o CAP estima como doentes crônicos de Hipertensão e Diabetes, só temos cadastrados 207(12%) pessoas com e 107(21%) com DM. Quanto aos indicadores de qualidade para HAS, 57% realizaram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 47% estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 33% com avaliação de saúde bucal em dia e todos estão com exames complementares periódicos em dia e orientação sobre prática de atividade física regular e nutricional para alimentação saudável. Para a DM, infelizmente não realizamos estratificação de risco cardiovascular, em breve começaremos fazer para ter melhor controle deste usuários, 29% estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias, 66% com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e com medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses, 57% com avaliação de saúde bucal em dia e todos com exames complementares periódicos em dia, com exame físico dos pés nos últimos três meses e orientação sobre prática de atividade física regular e nutricional para alimentação saudável.

No atendimento a estes grupos participa o médico, enfermeira, odontólogo e a técnica de enfermagem. Temos demanda de atendimentos para os problemas agudos devido a HAS ou DM. Utilizamos o protocolo de atendimento elaborado pelo MS no ano de 2012.

Para o cuidado dos usuários portadores de HAS e DM desenvolvemos ações de diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal; tratamento de obesidade e tabagismo. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico e não temos um arquivo específico para o registro. Durante as consultas explicamos os sinais de complicações tanto da HAS quanto de DM. Também orientamos sobre a importância de manter o tratamento indicado. Muitos indivíduos têm um conceito errado das suas doenças e acreditam que uma vez controlados já não padecem mais da doença e em muitas ocasiões até abandonam os tratamentos médicos indicados.

Nós realizamos atividades com grupos de hipertensos e diabéticos uma vez por mês, embora que não comparecem nem 50% deles por razões justificadas ou não, sempre oferecemos o melhor de nós. Acredito que ainda temos muito trabalho a fazer e toda a equipe está nesta função. Reduzir o número de pessoas atendidas por urgências hipertensivas é um dos objetivos planejados. Continuaremos melhorando nosso registros e preenchimento de prontuários destes usuários, assim como é preciso continuar fazendo um melhor trabalho na assistência desse grupo, com a participação de todos os integrantes da equipe de saúde e no futuro conseguir a participação da odontologia da UBS, se for ampliada sua carga horária para 40 horas semanais.

Em relação à Saúde do Idoso, a estimativa do número de idosos residentes na área disponível na lista do CAP de pessoas com 60 anos ou mais é de 1.092 usuários, mas só acompanhamos 237 idosos, o que equivale a 22% de cobertura. Existe registrado, segundo a informação dos prontuários, em torno de 101 (43%) de pessoas idosas com HAS e 68(29%) com DM, porém há muitos idosos sem avaliação quanto a estas condições. Dos idosos acompanhados, 22% possuem a caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, 85% fizeram avaliação de risco para morbimortalidade, não investigamos os indicadores de fragilização na velhice, 100% foram orientados sobre hábitos alimentares saudáveis e 71% sobre a importância de realizar atividades físicas regulares, todos estão com o acompanhamento em dia e somente 89 (38%) têm avaliação bucal em dia. O odontólogo só trabalha no turno da manhã, devido a isso não estamos bem neste indicador. Os registros da UBS não permitiram o preenchimento da parte do CAP sobre realização de avaliação multidimensional rápida. Fazemos avaliação da Capacidade Funcional Global dos idosos nas consultas e sempre explicamos como identificar os sinais de risco

relacionados com os problemas de saúde de maior relevância, tais como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Depressão, Incontinência Urinária e as Quedas.

Em nossa UBS atendemos os idosos todos os dias da semana, nos dois turnos de atendimento. Em torno de 20% do total das consultas do dia são destinadas aos idosos, os mesmos podem agendar fisicamente ou pelo telefone, eles têm também prioridade para serem atendidos mais cedo que os outros usuários para consulta médica. Não atendemos idosos fora da área de cobertura e participam no atendimento todos os trabalhadores de nossa equipe de saúde. Não programamos as consultas, as mesmas são feitas a livre demanda e sempre que o usuário precise de atendimento. Não temos excesso de demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos, se o horário permite e se constitui uma urgência, o idoso é atendido na hora, caso contrário fica agendado para o próximo dia.

Em nosso serviço não temos protocolos para atendimento da pessoa idosa. Desenvolvemos atividades de imunização, promoção da saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral e problemas bucais. Os atendimentos são registrados nos prontuários; não temos arquivos específicos para os registros dos atendimentos dos idosos. Também não temos estatutos do Idoso na UBS, além de não termos implantado também um Programa de atenção ao idoso. Existe um grupo de idosos que participam das atividades programadas em torno de 20% do total, também participam todos os profissionais de nossa UBS. Fazemos visita domiciliar uma vez por semana no turno da tarde e conjuntamente com a médica participam das visitas e cuidados domiciliares, a enfermeira, técnica de enfermagem e as agentes comunitárias de saúde das áreas correspondentes.

Avaliamos e monitoramos as ações dispensadas aos idosos mediante o SIAB e os prontuários; desenvolvemos reuniões de equipe a cada 15 dias e acredito que quando tivermos a incorporação dos agentes comunitários de saúde que ainda faltam em nossa área de abrangência. Precisamos melhorar o cadastro e seguimento da pessoa idosa, assim como sua incorporação aos grupos de DM e HAS, bem como na participação em atividades físicas programadas acompanhadas pela Fisioterapeuta que agora faz parte da equipe de saúde da nossa ESF.

Com relação à atenção à Saúde Bucal, entendemos que as ações de saúde bucal devem estar integradas as demais ações de saúde da UBS e os profissionais

capacitados para atuar de forma multiprofissional e interdisciplinar, unificando a porta de entrada com a área de Médico-Enfermagem. Em nossa ESF isso acontece participando toda a equipe do acolhimento. O acesso à demanda espontânea está garantido diariamente, em um turno agendamos consultas com 24h de antecipação, para orientar o fluxo do usuário no serviço. Sempre temos horário para atenção de urgência e é priorizada na ordem de atendimento. Os usuários que concluíram seus tratamentos clínicos, ou que vêm se mantendo saudáveis, não são agendados para acompanhamento periódico e é reforçado o autocuidado. Os atendimentos são registrados em prontuário clínico, não há livro de registro de atendimento desta ação. Não fazemos atenção domiciliar para atenção à saúde bucal. O dentista faz encaminhamento aos CEO e aos estabelecimentos de alta complexidade no nível hospitalar.

A educação em saúde é atribuição comum a todos os membros da equipe, as ações desenvolvidas para cuidado da saúde bucal são: principais doenças bucais, como se manifestam e como se previnem, a importância do autocuidado, da higiene bucal, da escovação e uso de fio dental, orientações sobre dieta, prevenção do uso de álcool e fumo. Destaca-se a importância do ACS na execução dessas ações tanto na UBS quanto no domicílio. Ações de promoção de saúde bucal são de forma individual e em grupos, tentando identificar pessoas e grupos de risco, de maior susceptibilidade em busca da equidade, da melhoria da qualidade de vida e de saúde. Devemos esclarecer a comunidade que as ações coletivas favorecem o desenvolvimento de autonomia para a manutenção da saúde.

Podemos afirmar que a demanda para o serviço de saúde bucal está concentrada em atendimentos não programados, a maioria é voltada para adultos; crianças e adolescentes são atendidos mais para extrações dentárias, excepcionalmente tratamento de recuperação e manutenção da saúde, tratamento da doença. Existe grande demanda reprimida. Estamos tentando melhorar esta triste situação, pois como sabemos, a saúde bucal é parte da saúde oferecida pelo SUS, é uma situação muito difícil, mas certamente teremos que achar uma solução, pois a comunidade toda participa e reclama desta ação. Acho que a solução deve ser refletida com a comunidade e com os gestores, promovendo a participação popular e estimulando o engajamento da equipe.

Acho que com a implementação do sistema e-SUS na última semana e o cadastramento da população da área de abrangência devemos melhorar nossos

dados sobre as condições de vida e saúde da população total da área e fundamentalmente dos grupos prioritários. Já iniciamos o uso do sistema por todos os integrantes das equipes, a esse fato, juntamente com as melhorias das condições estruturais e de equipamentos da ESF, contribuirão para a melhora da qualidade do atendimento a nossa população.

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

Os aspectos levantados durante a Análise Situacional causaram surpresa, e algumas mudanças já foram alcançadas em função da realização das atividades do curso, tais como o agendamento subsequente das consultas de acompanhamento dos portadores de doenças crônicas logo após a última consulta e melhorar o nível de prioridade para esses usuários. Ao reler o texto elaborado na segunda semana de Ambientação a partir da questão precursora: *“Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?”*, e comparando este texto inicial e o relatório de agora, é possível dizer que alguns aspectos foram melhorados como a organização do arquivo e agendamentos. Também foi possível eliminar as filas nas madrugadas, pelas aprendizagens no decorrer da análise situacional com que fez que a equipe repensasse o processo de trabalho, principalmente quanto ao acesso dos usuários e acolhimento.

Depois de ler o texto feito na segunda semana de ambientação e o comparando com o Relatório de Análise Situacional, posso dizer que a elaboração do relatório possibilitou um olhar mais detalhado quanto à estrutura e processo de trabalho da UBS, aspectos que muitas vezes passam despercebidos pelos profissionais. Também consegui visualizar melhor a necessidade de se ter dados atualizados para realizar a avaliação e o monitoramento das ações realizadas na UBS, dados estes necessários ao planejamento das atividades.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica atingem, respectivamente 6,3% e 23,3% dos adultos brasileiros (BRASIL, 2011a). No Brasil, essas doenças representam a primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, sendo apontadas como responsáveis por mais da metade dos diagnósticos primários em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise no SUS (OPAS, 2010). Além da mortalidade, as doenças crônicas apresentam forte carga de morbididades relacionadas. Elas são responsáveis por grande número de internações, bem como estão entre as principais causas de amputações e de perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas. Envolvem também perda significativa da qualidade de vida, que se aprofunda à medida que a doença se agrava. Estas doenças têm uma relação direta com os estilos de vida, condições de alimentação da população e prática de atividade física.

A nossa ESF tem uma estrutura física integrada de uma recepção ampla e espaçosa com dois banheiros para os usuários, além de uma sala de reuniões ampla onde fazemos os encontros das equipes de trabalho e também as palestras com os grupos de risco. Também contamos com uma farmácia, um consultório de dentista, dois consultórios médicos e dois de enfermagem, uma sala de vacina e outra para nebulizações, uma cozinha bem equipada e dois banheiros para os trabalhadores do posto, além de um estacionamento posterior limitada por cercado. Neste preciso momento a nossa ESF está sendo reformada, os consultórios médico e de enfermagem serão climatizados. A UBS conta com duas equipes de saúde, a minha equipe é composta por: uma enfermeira, dois agentes comunitários de saúde, uma técnica de enfermagem, um auxiliar de serviços gerais, uma dentista, e um médico, sendo que precisaríamos seis ACS. A população da área de abrangência

da UBS é de aproximadamente 8.000 de pessoas, assim, cada equipe conta com uma população próxima a 4.000 pessoas, e é com a minha população com a que desenvolveremos nosso projeto de intervenção e os nossos dados estão de acordo com a população da minha área de abrangência.

A cobertura do programa de atenção às pessoas com HAS e DM é de 12%(207) e 21%(107), respectivamente, porém acredito que ainda há um número de pessoas que não são diagnosticadas porque não procuram a UBS, por não apresentarem sintomas. No momento, é muito importante o trabalho de pesquisa nas áreas de abrangência de nossas comunidades, a chegada dos primeiros agentes comunitários a nossas ESF (dois ACS) contribuiu para uma mudança no conhecimento de dados mais fidedignos de morbidade, assim como para a continuidade de ações de promoção de saúde sobre alimentação, hábitos e estilo de vida saudável para cada família. Pretendemos alcançar uma cobertura de 40% dos usuários com hipertensão arterial e diabetes, pelo fato de ainda não termos todos os ACS que precisamos, que seriam seis, e esse problema faz com que não seja possível atingir a população toda portadora destas doenças. Apesar de não termos nutricionista, temos uma programação das atividades para educação nutricional de 15 em 15 dias, onde fazemos convite para toda a população que mora em nossas comunidades.

Fazendo uma avaliação do trabalho que poderia ser feito em nossa UBS, seria muito importante a incorporação além dos nutricionistas, também de professores de educação física. O que proporcionaria a criação de grupos de preparação e educação física para adultos com alto risco de desenvolver DM e HAS, assim como outras doenças crônicas não transmissíveis, por exemplo, a obesidade, contribuindo para melhorar a qualidade de vida e atendimento dessas doenças. Faremos solicitação por ofício à Secretaria de Saúde do município e Prefeitura de profissionais para apoio nas atividades de educação física realizadas em nossas comunidades.

Finalmente, acho que além de toda a equipe estar participando das atividades, todos temos consciência de que nosso trabalho voltado às pessoas com HAS e DM contribuirá com a melhoria de nosso atendimento a esses usuários na ESF. Poderemos oferecer um acolhimento com uma qualidade muito melhor, melhorar a cultura de saúde mostrando a importância de um melhor conhecimento sobre suas doenças e fatores de risco, importância de fazer o tratamento correto,

seguir a periodicidade das consultas, além disso, estaremos melhorando nossos registros, o que irá contribuir para uma melhor qualidade de vida da nossa população.

A dificuldade maior está na falta de ACS, o que não permitirá contemplar uma maior quantidade de pessoas da área de abrangência em nossa intervenção. Porém, nossa equipe está muito motivada com a possibilidade de melhoria no atendimento e qualidade de vida em geral dessas pessoas.

2.2 objetivos e metas

2.2 Objetivo geral

Melhorar a atenção às pessoas com HAS e/ou DM da área de abrangência da ESF Floresta, no município de Bagé/RS.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura das pessoas com hipertensão e/ou diabetes
2. Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes
3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes
4. Melhorar o registro das informações
5. Mapear o risco para doença cardiovascular das pessoas com hipertensão e/ou diabetes
6. Promover a saúde de pessoas com das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

2.3 METAS

Objetivo 1: Ampliar a cobertura das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

1.1 Cadastrar 40% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

1.2 Cadastrar 40% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

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

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

2.3 Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4 Garantir a 100% do das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

2.6 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% d das pessoas diabetes cadastradas na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

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

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

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

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

6.7 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas hipertensas.

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na ESF Floresta, no município Bagé/ RS na Área 11 envolvendo a população de 20 anos ou mais com HAS e/ou DM na área de abrangência.

Os objetivos abordados nesta Ação Programática Saúde do Adulto Atenção a HAS e/ou DM foram envolvidos nas interfaces da cobertura; adesão, qualidade, registro, mapeamento de risco da população-alvo e promoção de saúde da ação programática. Assim, destaca-se as metas e indicadores nesses objetivos. As ações estão construídas sob orientação de quatro eixos temáticos que o curso desenvolve, são eles: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público, Qualificação da Prática Clínica. Com isto, apresenta-se as ações baseadas nas respectivas metas.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Metas 1.1 e 1.2: Cadastrar 40% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: O médico será o responsável por essa ação de monitoramento

Organização e gestão do serviço

- Garantir o registro das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no Programa.

Detalhamento: O médico será o responsável por essa ação de monitoramento e serão preenchidas as fichas espelhos para esse fim pelo mesmo.

- Melhorar o acolhimento para as pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Todas as semanas serão acolhidos 100% dos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes com atendimento agendado para consulta e cadastrados pelos agentes comunitários da área de abrangência.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: O esfigmomanômetro analógico já está disponível nos consultórios de enfermagem e médico, e as fitas para realização de hemoglicoteste também estão disponíveis na Unidade. Estaremos buscando junto à gestão, caso faltem ou apresentem defeito. Estes procedimentos serão feitos em todas as consultas.

Engajamento público

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Detalhamento: Estas ações serão realizadas em cada consulta e nos grupos educativos

Qualificação da prática clínica

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

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Será realizada a capacitação dos ACS e da equipe nas reuniões de equipe todas as segundas feiras à tarde, no horário de 3:00h às 5:00h.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Metas 2.1 e 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Será realizado pelo médico em consulta em todos os usuários com Hipertensão e/ou Diabetes e serão documentados nas fichas espelhos.

Organização e gestão do serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: essas atribuições serão definidas nas reuniões de equipe.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Detalhamento: As capacitações da equipe serão feitas nas reuniões todas as semanas nas segundas feiras à tarde com todos os integrantes da equipe de saúde.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: A atualização dos profissionais da equipe será feita semanalmente nas reuniões de equipe, com avaliação dos resultados da semana anterior e as metas para a semana próxima.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Já está disponível na ESF o protocolo para atendimento de pessoas com hipertensão e diabetes disponibilizados pelo Ministério da Saúde com data de 2013.

Engajamento público

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de as extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Nas conversas no grupo serão feitas de forma expositiva com recursos de multimídia apresentação de imagens de lesões de pés diabéticos e outras imagens para que os usuários tirem dúvidas.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Serão capacitados todos os profissionais da equipe de saúde para a realização do exame clínico nos usuários com hipertensão e/ou diabetes, o responsável pela capacitação será o médico da equipe.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O monitoramento da realização do exame dos pés das pessoas com diabetes serão feito pelo médico em consulta e as informações preenchidas na ficha espelho de cada usuário.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: quanto às atribuições, os ACS realizarão acompanhamento mediante visitas domiciliares das pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes e realizaram o preenchimento dos dados nas fichas espelho de cada um, bem como o acompanhamento das pessoas faltosas. A enfermeira fará avaliação e monitoramento dos dados tomados pela técnica de enfermagem a todos as pessoas com hipertensão e diabetes. O médico da equipe acolherá em consultas diárias de segunda a sexta a todas as pessoas com hipertensão e diabetes com consulta agendadas prévia, demanda espontânea ou aquelas solicitadas pelo ACS de acordo com a necessidade dessas pessoas.

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

Detalhamento: O médico da equipe de saúde será o responsável por organizar a capacitação dos profissionais da equipe, ACS, enfermeira, técnica de enfermagem e todos os outros em palestras semanais nas segundas feiras à tarde na ESF.

- Providenciar junto à gestão o monofilamento 10g para exame dos pés

Detalhamento: Será solicitado ao Gestor o monofilamento 10 g para o exame dos pés das pessoas com diabetes.

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

Detalhamento: estas pessoas serão agendadas mediante coordenação do ACS e médico da equipe com 3 consultas prioritizadas todos os dias de segunda a sexta no horário da manhã para pessoas diabéticas provenientes das buscas domiciliares.

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

Detalhamento: os usuários encaminhados pelo médico da equipe de saúde estarão com a devida referência para atendimento especializado. Será solicitado ao gestor e coordenação para melhorar à contra referencia destas pessoas quando necessitarem de consulta especializada.

Engajamento público

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

Detalhamento: Serão orientados em palestras pelo médico da equipe nas reuniões mensais com os grupos de hipertensão e diabetes 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.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame apropriado dos pés.

Detalhamento: O médico capacitará a equipe toda sobre a realização do exame apropriado dos pés em pessoas com diabetes.

Metas 2.4 e 2.5: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão e com diabetes a solicitação/realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação:

Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na UBS e periodicidade recomendada.

Detalhamento: Serão indicados pelo médico exames complementares a 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes avaliadas em consultas, bem como, monitoradas.

Organização e gestão do serviço

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: Será garantido e providenciado pelo médico as indicações de exames complementares a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes atendidas em consulta.

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

Detalhamento: A realização de exames complementares será garantida com a rede de laboratórios do município Bagé.

- Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Serão estabelecidos sistema de alerta para os exames complementares preconizados pelo ministério da saúde com os registros nas fichas espelhos.

Engajamento público

- Orientar as pessoas com hipertensão e diabetes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Serão realizadas palestras mensais com os grupos de hipertensão e diabetes por todos os integrantes da equipe de saúde sobre a importância da realização dos exames laboratoriais e sua periodicidade.

Qualificação da prática clinica

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

Detalhamento: Serão feita capacitações para a equipe toda sobre a solicitação dos exames complementares todas as segundas feiras de tarde.

Metas 2.6 e 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas na UBS.

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Serão providenciados e monitorados na farmácia popular / hiperdia todos os medicamentos indicados para cada pessoa com diabetes e hipertensão

Organização e gestão do serviço

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Será feita pela técnica em farmácia da equipe o monitoramento semanal do estoque de medicamentos e data de validade, assim como a solicitação dos medicamentos à secretaria de saúde quando necessário.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas na UBS.

Detalhamento: Serão preenchidos pela técnica em farmácia no prontuário eletrônico da farmácia e na ficha espelho de cada pessoa com hipertensão e diabetes.

Engajamento público

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

Detalhamento: As pessoas com hipertensão e diabetes serão orientadas mediante palestras mensais com os grupos realizados em salão de reuniões da ESF com a equipe de saúde, com a técnica de farmácia como orientadora.

Qualificação da prática clínica

- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Será feita capacitação sobre os tratamentos atualizados de pessoas com hipertensão e diabetes a todos os integrantes da equipe de saúde nas segundas feiras à tarde pelo médico.

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

Detalhamento: A técnica em farmácia fará capacitação da equipe de saúde sobre a orientação às pessoas com hipertensão e diabetes para obter acesso a medicamentos da farmácia Popular/Hiperdia.

Metas 2.8 e 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas hipertensas e diabéticas.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Serão encaminhadas para atendimento odontológico pelo médico da equipe todas as pessoas com hipertensão e diabetes avaliadas em consulta

Organização e gestão do serviço

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e diabetes;

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

Detalhamento: Serão encaminhadas para atendimento odontológico pelo médico da equipe todas as pessoas com hipertensão e diabetes avaliadas em consulta para serem atendidas pela dentista da UBS, segundo sua capacidade de agendamento.

Engajamento público

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

Detalhamento: As pessoas com hipertensão e diabetes serão orientadas mediante palestras mensais com os grupos realizados em salão de reuniões da ESF com a equipe de saúde acerca da importância da avaliação e prevenção da saúde bucal.

Qualificação da prática clínica

Realizar a capacitação de toda a equipe na avaliação das necessidades de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

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

Detalhamento: A equipe será capacitada em palestra sobre a importância do atendimento odontológico e prevenção das doenças da boca em pessoas com hipertensão e diabetes, segundo o protocolo de atendimento do Ministério da Saúde para essas doenças disponível em versão impressa na ESF.

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

Metas 3.1 e 3.2: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Será monitorado pelo médico e pela equipe o cumprimento das consultas e sua periodicidade, segundo o protocolo de atendimento para pessoas com hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde.

Organização e gestão do serviço

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

Detalhamento: Serão feitas visitas domiciliares pelos ACS para a busca das pessoas faltosas a consulta segundo resultados semanais fornecidos em reuniões. Serão acompanhadas as visitas domiciliares na busca das pessoas faltosas pelo médico e enfermeira da equipe de saúde todas as quintas-feiras de tarde.

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

Detalhamento: Serão disponibilizadas pelo médico cinco consultas diárias para as pessoas faltosas com hipertensão e diabetes identificadas pelos ACS com data e hora do agendamento.

Engajamento público

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

Detalhamento: Será informado nos encontros mensais com os grupos de hipertensão e diabetes a comunidade sobre a importância da realização das consultas. Estes serão ouvidos nos encontros mensais com os grupos de hipertensão e diabetes quanto às estratégias para não ocorrer evasão das pessoas com hipertensão e diabetes, se houver número excessivo de faltosos.

- Esclarecer as pessoas com hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Serão feitas palestras mensais com grupos de hipertensão e diabetes abordando a importância da periodicidade das consultas segundo protocolo do Ministério da Saúde, bem como quanto aos seus benefícios para um melhor seguimento e qualidade de vida.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: Será feita capacitação dos ACS sobre a importância da periodicidade das consultas segundo protocolo do Ministério da saúde, bem como quanto aos seus benefícios para um melhor seguimento e qualidade de vida.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Metas 4.1 e 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Será monitorado pela equipe todo preenchimento dos registros de pessoas com hipertensão e diabetes, através do prontuário do e-SUS e das fichas espelhos fornecidas e impressa pela Gestão de Saúde do município.

Organização e gestão do serviço

- Manter as informações do SIAB/e-SUS atualizadas.

Detalhamento: Será preenchida e atualizada as informações do SIAB/e-SUS de todas as pessoas com hipertensão e diabetes da área de abrangência da ESF, segundo os protocolos do Ministério da Saúde.

- Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: Serão implantadas fichas de acompanhamentos a todas as pessoas com hipertensão e diabetes avaliadas em consulta e pela equipe toda.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: Serão pactuados com a equipe todos os registros das informações obtidas em consultas e visitas domiciliares, com respectiva análise nas reuniões das segundas feiras à tarde.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: O responsável pelo monitoramento dos registros de informações será o médico da equipe de saúde.

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

Detalhamento: Serão analisados nas reuniões semanais os dados sobre pessoas com hipertensão e/ou diabetes faltosas às consultas, assim como, quanto ao atraso da realização dos exames complementares. Também será avaliada pela equipe nestas reuniões o comportamento da realização da estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo, além do estado de compensação da doença, sendo o responsável principal o médico da equipe de saúde, a partir de dados que serão providenciados pelos ACS em visitas domiciliares semanais às pessoas com hipertensão e/ou diabetes que tenham sido avaliadas em consulta médica.

Engajamento público

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

Detalhamento: Todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes serão informadas mediante palestras em reuniões de grupos com periodicidade mensais na ESF, pelo médico e enfermeira no momento da consulta, pelos ACS e por todos os integrantes da equipe de saúde sobre a manutenção de seus registros de saúde e seus direitos de acesso à segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento da pessoa hipertensa e diabética

- Capacitar a equipe da UBS para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: A equipe de saúde toda será capacitada pelo médico da equipe sobre o preenchimento dos registros adequados e necessários ao acompanhamento das pessoas com hipertensão e diabetes e sobre o

preenchimento dos registros adequados e necessários ao acompanhamento destas pessoas em consulta.

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

Metas 5.1 e 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Será monitorado através do registro nos prontuários do SIAB/e-SUS e fichas espelho das pessoas com hipertensão e/ou diabetes nas reuniões das segundas feiras de tarde pela equipe toda.

Organização e gestão do serviço

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

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Serão priorizados os atendimentos segundo demanda de todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes avaliadas como de alto risco pelo médico da equipe de saúde.

Engajamento público

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

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

Detalhamento: Todas as pessoas com hipertensão e diabetes serão informadas mediante palestras em reuniões de grupos com periodicidade mensais na ESF sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Qualificação da prática clínica

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

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento: A equipe de saúde será capacitada pelo médico da equipe em palestra sobre o Escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis na primeira reunião de equipe na ESF.

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

Metas 6.1 e 6.2: Garantir orientação nutricional a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: As pessoas com hipertensão e diabetes serão informadas em palestras na ESF sobre a importância de uma alimentação saudável. Estas serão encaminhadas pelo médico da equipe à consulta com nutricionistas da rede de saúde do município para seu melhor acompanhamento nutricional.

Organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Serão organizadas na ESF nos dias de reuniões com os grupos de pessoas com hipertensão e diabetes com periodicidade mensais para falar sobre as práticas sobre alimentação saudável.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Será solicitada pelo médico da equipe ao Gestor a parceria para envolver nutricionistas da rede municipal nesta atividade.

Engajamento público

- Orientar pessoas com hipertensão e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

- Orientar pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância de se ter uma alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

Detalhamento: As pessoas com hipertensão e diabetes e seus familiares serão orientadas em palestras com os grupos na ESF sobre a importância da alimentação saudável, bem como a necessidade de uma dieta específica para o tratamento do diabetes.

Qualificação da prática clínica

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

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

Detalhamento: A equipe de saúde será capacitada através de palestras realizadas pelo médico da equipe as segundas feiras à tarde todas as semanas, sobre alimentação saudável e específica para pessoas com hipertensão e diabetes e sobre metodologia de educação em saúde.

Metas 6.3 e 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: As pessoas com hipertensão e diabetes serão orientadas mediante palestras pelos integrantes da equipe de saúde nos encontros mensais na ESF sobre os benefícios da prática de atividade física regular.

Organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: Serão organizadas práticas coletivas para orientações sobre atividade física nos encontros com grupos de pessoas com hipertensão e diabetes com periodicidade mensais na ESF.

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Solicitar junto com o gestor municipal o envolvimento de educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Será solicitada ao Gestor a possibilidade de parcerias institucionais para envolver educadores físicos nas orientações sobre atividade física e prática da mesma para pessoas com hipertensão e diabetes.

Engajamento público

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

Detalhamento: As pessoas com hipertensão e diabetes serão orientadas pela equipe de saúde na ESF nas visitas domiciliares sobre a importância da atividade física regular, inclusive da sua importância para o tratamento da hipertensão e diabetes.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento: A equipe de saúde será capacitada com palestras pelo médico da equipe sobre a promoção da prática de atividade física regular nas reuniões das segundas feiras à tarde todas as semanas.

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

Detalhamento: A equipe de saúde será capacitada pelo médico da ESF sobre metodologias de educação em Saúde nas reuniões de equipe.

Metas 6.5 e 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Serão orientadas todas as pessoas com hipertensão e diabetes sobre riscos do tabagismo mediante palestras nos grupos de hipertensão e diabetes mensais, que são feitos na ESF pelo médico e equipe.

Organização e gestão do serviço

- Demandar ao gestor a adesão ao Programa Nacional de Controle do Tabagismo do Ministério da Saúde

Detalhamento: Será solicitada ao Gestor a adesão ao programa de controle do tabagismo do ministério da saúde.

Engajamento público

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

Detalhamento: As pessoas com hipertensão e diabetes tabagistas serão orientadas sobre a existência de tratamento na rede de saúde para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para o tratamento de pessoas tabagistas.

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

Detalhamento: A equipe de saúde será capacitada pelo médico da ESF para o tratamento de pessoas tabagistas e sobre metodologias de educação em. Será solicitada ao Gestor a possibilidade de parcerias institucionais para a capacitação da equipe sobre este tratamento e sobre metodologias de educação em saúde.

Metas 6.7 e 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão e diabetes.

Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Será monitorado no registro da ficha espelho a realização de orientação sobre higiene bucal das pessoas com hipertensão e diabetes.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento: A consulta para as pessoas com hipertensão e diabetes será de no mínimo 15 minutos, para garantir a qualidade e as orientações em nível individual.

Engajamento público

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

Detalhamento: As pessoas com hipertensão e diabetes e seus familiares serão orientadas mediante palestra pelos integrantes da equipe nas reuniões de grupos mensais sobre a importância da higiene bucal. Solicitar ao Gestor a implementação da carga horária do dentista da ESF no horário da tarde para melhorar a cobertura do atendimento.

Qualificação da prática clínica

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: A equipe de saúde será capacitada nas reuniões de segundas feiras a tarde todas as semanas, a fim de oferecer orientações sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e diabetes. Será solicitada ao Gestor parcerias para oferecer orientações de higiene bucal por pessoal especializado.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellito da unidade de saúde.

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 100% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellito da UBS.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção às pessoas com diabetes na UBS.

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

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

Objetivo 2: Melhorar a qualidade do atendimento às pessoas hipertensão e/ou diabetes realizado na UBS.

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

Indicador 2.1: Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

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

Indicador 2.2: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na unidade UBS.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3: Proporção de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.4: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Indicador 2.5: Proporção pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

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

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS.

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

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

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da UBS.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de pessoas com hipertensão faltosas com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas à consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS faltosas às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de pessoas com diabetes faltosas com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com diabetes faltosas à consulta médica com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados na UBS faltosas às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

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

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

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

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

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

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade UBS.

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

Objetivo 6: Promoção da saúde.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS

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

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

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

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

O projeto de intervenção na ESF Floresta terá como foco o programa de atenção a pessoas com HAS e/ou DM. Dessa forma, adotaremos o Manual Técnico de Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica HAS (2013) e estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica DM (2013), ambos do Ministério da Saúde. Estimamos alcançar com a intervenção 40% da população alvo da área de abrangência da UBS. Cada membro de equipe cadastrará os usuários e deverão preencher as fichas-espelho, pois só temos dois agentes comunitários de saúde.

Para organizar o registro específico do programa, como não dispomos de nada no momento, começaremos do zero. Assim, utilizaremos as fichas espelhos disponibilizada do curso e começaremos a ter dados da comunidade, dessa forma, teremos como coletar os dados para obter indicadores necessários ao monitoramento da intervenção. Destaco que toda a equipe terá acesso ao arquivo. O médico será responsável por monitorar a ação programática, este semanalmente controlará os dados das fichas espelhos, para acompanhamento mensal será utilizado à planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso de pós-graduação à distância da UFPel.

Os usuários com parâmetros em atraso serão notificados ao ACS, que por meio da visita domiciliar realizarão busca ativa com o restante da equipe. Ao fazer as buscas, os usuários terão seu atendimento agendado. Para agendar os usuários provenientes das buscas ativas, utilizaremos o horário de demanda espontânea que temos todos os dias, dois turnos em princípio, assim não será necessário reservar consultas. O médico ficará responsável por fazer a leitura dos exames, solicitar medicamentos e anotar o resultado na ficha espelho e no prontuário clínico, o usuário será orientado sobre a sequência do tratamento, agendada a próxima consulta e, se necessário, encaminhado a especialistas.

Ao final de cada semana as informações coletadas na ficha serão consolidadas na planilha eletrônica de dados, sendo avaliadas periodicamente e ao final de cada mês serão avaliados os indicadores. Fica reservado um momento mensal para emitir feedback à equipe quanto ao processo de monitoramento na intervenção, sendo oportuna à discussão de novas estratégias de melhoria do serviço, como a adesão dos usuários à ação.

A análise situacional e a definição do foco para intervenção já foram discutidas com a equipe da UBS. As ações terão início com a capacitação da equipe utilizando o Caderno de Atenção Básica 14 e 15 do Ministério da Saúde para que todos usem as mesmas referências, as capacitações da equipe ocorrerão na própria ESF.

O acolhimento dos usuários alvo da intervenção que buscarem o serviço será realizado por toda equipe que deverá preencher as fichas, estas serão guardadas em local apropriado, aumentando os registros da ação e os cadastramentos realizados por toda equipe.

Todos os usuários, além de serem cadastrados, deverão ser agendados em consultas. Os ACSs poderão, junto à enfermeira, cadastrar e agendar consultas na UBS ou na visita domiciliar para usuários com dificuldade de locomoção que não saem facilmente dos domicílios, os usuários faltosos serão incluídos na agenda diária, após a consulta com o médico entregaremos a ele a data e horário da próxima consulta agendada.

Para sensibilizar a comunidade solicitaremos apoio da mesma na área de abrangência apresentando o projeto e esclarecendo a importância da promoção da saúde, prevenção, detecção precoce, diagnóstico, controle e tratamento destas duas doenças crônicas. Toda equipe participará desta ação, esclarecendo sobre os

fatores de risco, promoção de hábitos saudáveis, esclarecimento quanto aos direitos dos usuários do SUS. Utilizaremos a sala de reunião para palestras com a população da UBS.

Para que o trabalho de intervenção na UBS seja efetivado, a equipe entrará em contato com o gestor municipal e repassará uma cópia do projeto solicitando apoio para a execução do mesmo, como diálogo sobre o fortalecimento da rede de atenção para aquisição de materiais para o projetotanto quanto um Esfigmomanometro analógico e 1 esfigmomanometro digital para a tomada da pressãoarterial, 350 fichas espelho,150 fitas para teste rápido glicose e 1 filamento para o exame do pé em diabéticos. Também solicitaremos a agilização de exames complementares, pois alguns o município tem cotas mensais e atrapalha o bom controle de ambas as doenças.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção foi desenvolvida em 12 semanas, iniciando em no dia 26 de novembro 2015 e finalizada em no dia 22 de fevereiro de 2016. Durante a intervenção realizei palestra para os integrantes da equipe sobre as atividades realizadas em consulta individual e algumas orientações sobre alimentação saudável para serem úteis para todos em nosso trabalho com os usuários alvo de nossa intervenção sendo muito importante como uma ferramenta de orientação para controle da HAS e/ou DM. Com a equipe também foi comentado da importância de melhorar a qualidade do atendimento e seguimento aos usuários alvos de nossa intervenção assim como o preenchimento dos dados dos cadastrados e o mapeamento das áreas onde moram assim quanto seu entorno social e ambiental. Para a equipe foi reforçada a importância de incentivar os usuários a deixar o hábito de fumar, repassando dicas e orientações com falas individuais e coletivas e os recursos disponíveis no município para conseguir esse objetivo.

Em alguns momentos da intervenção tivemos a falta de medicamentos na UBS como Captopril, Hidroclorotiazia, Furosemida e Metformina, isso ocorreu devido à falta de recursos para a compra dos mesmos. Os usuários que precisaram dessas medicações buscaram os mesmos na farmácia central da Secretaria de Saúde onde foram disponibilizadas as medicações.

As ações previstas no projeto foram realizadas nas consultas, e as reuniões com a equipe foram feitas todas as segundas feiras como acordado em nosso projeto. Nossos ACS realizaram busca ativa dos usuários com HAS e ou DM na área de abrangência da UBS sendo que eles agendam as consultas para esses usuários quando possível na mesma semana e sem estão completas as vagas de consulta são agendadas para a semana próxima.

Na primeira semana da intervenção foi feita reunião com a equipe onde foi feita a discussão do projeto de intervenção e feita por mim a apresentação do projeto de intervenção e capacitação da equipe para o desenvolvimento mesmo do projeto e para os preenchimentos das fichas espelhos. Comentamos dos agendamentos de consultas diárias e priorizadas para a população alvo além da necessidade de palestra atualizada sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes e foi estabelecido o papel de cada profissional da equipe para a realização do projeto. Realizei uma palestra sobre a estratificação de risco segundo Escala de Framingham, houve boa interação da equipe toda nestas palestras da semana inicial, comentamos da importância da intervenção para melhorar a cobertura do atendimento e seguimento para as pessoas com HAS e/ou DM em nossa ESF e a implementação do projeto de intervenção como rotina de atendimento em nossa ESF após concluir o projeto final.

Foi feita na primeira semana de intervenção a apresentação do projeto em atividade de grupo com pessoas com HAS e/ou DM e Diabetes, após a reunião da equipe. Na terceira semana dei uma palestra para a equipe toda sobre o hábito de fumar e seus riscos e sobre avaliação do risco cardiovascular na população alvo. Na quinta semana continuamos com palestra para a equipe toda sobre o tratamento para tirar o hábito de fumar das pessoas além das dicas para passar esse tema a toda população toda. Também conversamos sobre alimentação saudável e prática de atividade física regular nas semanas 6 e 7, além de todos os temas ao longo da intervenção cumprimentando o 100% das atividades planejadas para a intervenção.

É importante dizer que em todas as consultas ao longo da intervenção foram feitas por mim orientações individuais para cada pessoa com HAS e/ou DM, orientações sobre higiene bucal, alimentação saudável e a importância do tratamento e controle das doenças.

Temos feito às reuniões da equipe todas as segundas feiras de cada semana da intervenção no horário da tarde e a troca de dados sobre preenchimento de fichas espelho para cada pessoa alvo além de interagir sobre dificuldades ao longo da semana anterior do projeto.

Em todas as consultas foram realizado o exame clínico completo a cada pessoa com HAS e/ou DM com verificação da pressão arterial e medidas de peso e altura, exame rápido de HGT para pessoas com Diabetes feitos pela técnica de enfermagem e por mim. Realizamos o exame clínico dos pés nas pessoas com

Diabetes com toma de pulsos tibial posterior e pedioso, além de exame da sensibilidade e do preenchimento de todos os dados da ficha espelho para cada usuário. Foram disponibilizados de forma prioritária cinco agendamentos diários de consultas para a população alvo da intervenção, além disso foi feito acolhimento para o 100% das pessoas com essas doenças que procuraram atendimento na ESF. Todas as quintas feiras de cada semana foram preenchidas por mim as Planilhas de coleta de dados com os dados de cada pessoa cadastrada ao longo da semana. Foram encaminhadas para atendimento odontológico planejado segundo disponibilidade da UBS toda a população alvo da intervenção em cada consulta feita por mim, além de receberem dicas sobre higiene bucal em minha consulta e com a ajuda da enfermeira da outra equipe.

Foi indicado exames laboratoriais para 100% das pessoas com HAS e/ou DM em minha consulta, além de priorizadas a prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia para o 100% das pessoas alvo da intervenção em minha consulta. Além disso foi garantido pela gestão os materiais como fitas de HGT e equipes para verificação da pressão arterial assim quanto os exames laboratoriais disponibilizados para a população.

Realizamos quatro atividades com os grupos de HAS e DM ao longo da intervenção nas primeiras 8 semanas do projeto e só uma no último mês com baixa presença de usuários com essas doenças alvo.

Conseguimos concluir o desenvolvimento da nossa intervenção ao longo de 12 semanas desenvolvendo as ações que tínhamos planejado no projeto, apesar de algumas dificuldades apresentadas ao longo do seu desenvolvimento do trabalho.

Considero que atingimos os objetivos e metas propostos de forma parcial, não conseguimos envolver toda a população da nossa UBS e as duas equipes de saúde principalmente pela falta de pessoal nos meses em que foram preenchidas as planilhas de coletas de dados. Isso ocorreu por motivos de férias e atestados, principalmente a falta total de apoio da enfermeira da minha equipe de trabalho que por motivos de atestados de saúde e posterior saída de férias, não auxiliou durante a intervenção e no preenchimento das fichas espelho e PCD. Além disso a enfermeira da outra equipe da UBS também esteve afastada por atestado e posterior férias na última semana da nossa intervenção.

Outra dificuldade encontrada foi que as técnicas em enfermagem em muitas ocasiões foram enviadas a trasladar com os usuários do SUS até destinos fora do

nosso município para receberem consultas e tratamentos especializados. Dentre os municípios de deslocamento estão Pelotas, Porto Alegre e Rio Grande, sendo que essas profissionais são convocadas para fazer esses traslados até duas vezes por semana. Dessa forma em inúmeras vezes fiz o preenchimento dos dados das usuárias sem auxílio, senti que precisava da ajuda da outra técnica em enfermagem.

A dentista da UBS também esteve de férias no mês de dezembro e esse tempo e ao longo dos dias em que se acometerem os trabalhos para remodelação e pintura da nossa UBS. Eu fiz o trabalho e realizei as palestras de saúde bucal para os nossos usuários porque logo após de sua volta ela ficou uma semana com seu local de trabalho em obras de pintura, sendo impossível trabalhar neste local.

É importante destacar que a realização da intervenção aconteceu em um período complicado devido férias de funcionários da UBS (como ACS, as enfermeiras, a recepcionista), dias de feriados e de carnaval, além das obras de manutenção e remodelação da estrutura física da UBS com todo. As obras geraram desconforto para os usuários alvo e a população como um todo, devido ao pó, pintura e outros materiais usados na reforma, e criaram dificuldades como na utilização da sala de reuniões da UBS para as palestras com usuários e reuniões da equipe. Isso tudo gerou a estratégia de fazer as palestras em locais menores como a sala de consulta médica e em outra ocasião na área da recepção, assim conseguimos desenvolver as tarefas propostas em nossa intervenção

Acredito que com essas dificuldades não foi possível vincular a outra equipe da UBS em nossa intervenção porque além da falta de profissionais por férias e demais elementos referidos acima, a gestão teve que tomar a estratégia na ESF de deslocar uma ACS para fazer os atendimentos na recepção da UBS.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Apesar das dificuldades descritas, com não contar com a participação e ajuda da enfermeira da equipe ao longo da intervenção e demais dificuldades descritas neste relatório final, conseguimos atingir todos os objetivos e metas propostas para nossa intervenção.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

De modo geral, não encontramos dificuldades para o preenchimento das fichas espelho que foram providenciadas e impressas pela gestão da UBS. Assim quanto à planilha de coleta de dados que foi preenchida por mim ao longo do curso sem dificuldades, sendo que quando foi preciso contei com a ajuda da técnica em enfermagem da minha equipe para preencher os registros de pressão arterial, teste rápido de glicose e medidas a todos os usuários alvos de nossa intervenção.

Sobre a planilha de coleta de dados considero que a mesma tem um ótimo sistema para os cálculos dos dados quando finalizado o preenchimento a cada semana e ao final de cada mês, assim não encontrei dificuldade para a sua conclusão.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Acho que uma vantagem para conseguir finalizar a nossa intervenção foi devido eu já estar atuando por dois anos na minha UBS, assim como minha equipe de trabalho. Infelizmente, não consegui contar com estabilidade do pessoal da UBS para o melhor desenvolvimento e envolvimento das duas equipes, dificuldade essa que perdurou ao longo dos 3 meses.

Em conclusão acho que uma das principais dificuldades para conseguir atingir mais a população alvo e em geral em nosso trabalho é a falta de ACS, sendo que minha equipe conta somente dois ACS quando precisamos de pelo menos seis. Em nossa área de abrangência mais da metade da área está sem ACS, profissionais que são muito importantes para melhorar a qualidade do atendimento.

Compreendo a importância da implementação de nosso projeto e a sua importância para o melhor atendimento e seguimento da população alvo de nossa intervenção para a nossa UBS toda. Ainda temos junto com a gestão conseguido

estratégias certas para que a população alvo consiga fazer todos os exames laboratoriais indicados além de recebido os medicamentos que faltaram na farmácia da UBS e farmácia central da gestão municipal. Também considero importante cobrarmos da gestão e as equipes da ESF um melhor planejamento das férias dos integrantes das equipes e a importância do trabalho de todos na equipe e na UBS em geral.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A presente intervenção foi realizada na UBS Floresta, inicialmente prevíamos realizar as ações envolvendo as duas equipes de saúde no entanto isso não foi possível, assim realizamos as ações somente para a área 11, ou seja, para minha equipe de saúde que tem uma população total de 4.000 pessoas com uma estimativa de 608 pessoas com HAS e 150 com DM, sendo esses os denominadores utilizados para avaliação dos resultados. Escolhemos esta estimativa que é da planilha de coleta de dados pois fica mais de acordo com a nossa realidade.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 1.1 Cadastrar 40% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

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

A cobertura ao longo da intervenção foi incrementando-se com o passar dos meses sendo que foram cadastrados no primeiro mês de intervenção 19,1% (116) das pessoas com HAS da área, no segundo mês a cobertura passou para 36,3%(221) e no terceiro mês 49,7%(302), dados apresentados na Figura 2. A principal dificuldade para melhora da cobertura foi devido à falta de 4 ACS na área de abrangência da minha equipe e não conseguimos contar com a enfermeira da equipe durante os meses da intervenção.

Para atingir esses objetivos e metas foi feita a equipe realizou mensuração da pressão arterial além de preenchido de todos os dados das fichas espelhos para cada um dos usuários alvo. Os ACS e a técnica em enfermagem auxiliaram neste preenchimento. Na primeira semana de intervenção realizamos palestras sobre HAS

e DM para toda a equipe e destacamos sobre como fazer o preenchimento correto das fichas espelho, agendamentos de consultas com prioridade de cinco consultas diárias para a população alvo da intervenção e a livre demanda também.

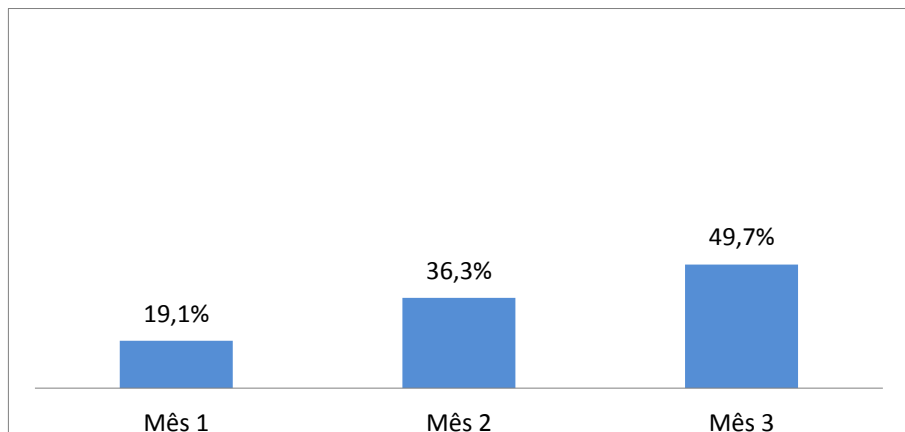


Figura 2. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde ESF Floresta. Bagé 2016.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura das pessoas com hipertensão e/ou diabetes

Meta 1.2 Cadastrar 40% das pessoas com diabetes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção às pessoas com diabetes na UBS.

Durante a intervenção conseguimos acompanhar no primeiro mês de intervenção 16,7%(25) das pessoas com DM de nossa área. No segundo mês aumentamos esse percentual para 32,7%(49), seguidos de 41,3%(62) no último mês de intervenção (Figura 3).

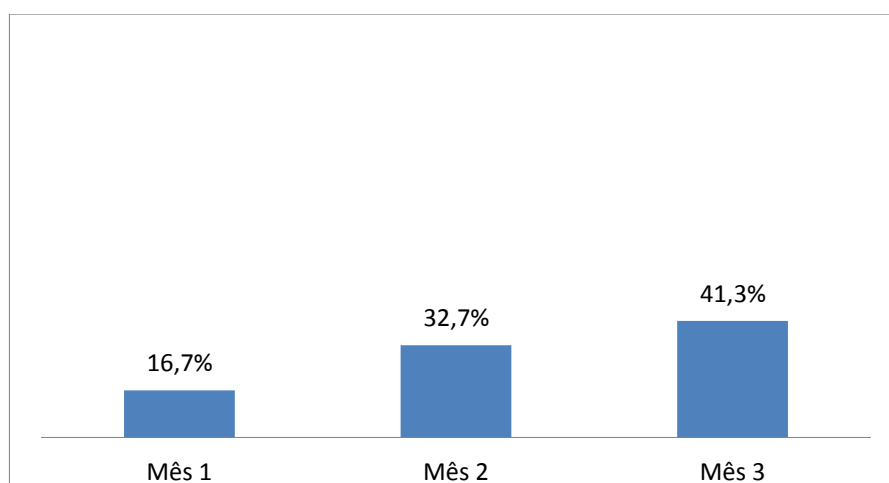


Figura 3. Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde ESF Floresta. Bagé 2016.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

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

Indicador 2.1: Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

Indicador 2.2: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Todos os usuários alvo foram prioridade para o atendimento em consultas e foi feito exame clínico completo para todos, assim obtivemos 100% de qualidade em todos os meses de intervenção, seja para HAS como para DM. Para atingir esses resultados foram capacitados os ACS para o controle da pressão arterial e foram feitas palestras para a equipe toda sobre a importância de um bom exame clínico nos usuários alvo ao longo da intervenção.

Acho que esse resultado foi possível graças ao conhecimento da população da área de abrangência principalmente a que está coberta pelos dois ACS da equipe e ao tempo que tenho trabalhado na UBS que é de quase três anos, no qual acho que a interação com os usuários foi em um ambiente bom e de confiança com a equipe.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 3 meses (palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Indicador 2.3: Proporção de pessoas com diabetes com exame dos pés em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro foi feito o exame dos pés para 25(100%) pessoas com diabetes, no segundo mês 49 (100%) e no terceiro mês 62 (100%), segundo protocolo usando o monofilamento para exame da sensibilidade disponibilizado pela gestão e a toma dos pulsos tibial posterior e pediosos (Figura 6).

Objetivo 2.Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

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

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

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

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

Conseguimos durante a intervenção garantir a realização dos exames laboratoriais completos segundo o protocolo de atendimento tanto quanto para usuários com HAS e/ou DM, indicados em consulta e garantidos pela gestão para sua realização, em hipertensos primeiromês 116 (100%),segundo mês 221(100%) e terceiromês 266 (100%), e em pessoas com diabetes primeiromês 25(100%), segundo mês 49(100%) e terceiromês 57(100%).

Após entregar das indicações para exames laboratoriais para todos os usuários alvo da intervenção em minha consulta as datas para a realização dos exames foram agendadas na recepção da UBS pela recepcionista, com data e hora para coleta de amostras com um tempo não maior de que 15 dias para a realização. Após o recebimento dos resultados, as pessoas foram avaliadas por mim na consulta e preenchidos os resultados nas fichas espelhos e prontuário eletrônico de cada pessoa.

Objetivo 2.Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

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

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

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

Indicador 2.7: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

A população alvo de nossa intervenção conseguiu os medicamentos para seus tratamentos na Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada para continuar os tratamentos de suas doenças em um 100%. Para HAS no primeiro mês foi 116(100%) pessoas tiveram medicamentos prescritos da farmácia popular, no segundo e terceiro, 221(100%) e 302(100%), respectivamente. Para DM foram 25(100%), 49(100%) e 52(100%), no primeiro, segundo e terceiro mês.

Ao longo da intervenção nós atualizamos com a técnica em farmácia sobre os medicamentos providenciados pela gestão para a farmácia da nossa UBS, e nas últimas três semanas da intervenção quando faltaram medicamentos em nossa farmácia continuaram a serem providenciados na farmácia municipal da gestão e na farmácia popular.

Objetivo 2.Melhorar a qualidade da atenção das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

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

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

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

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

Ao longo da nossa intervenção conseguimos fazer avaliação das necessidades de atendimento odontológico para a população alvo de nossa intervenção sendo que no primeiro e segundo mês realizamos palestras com os

grupos de usuários com HAS e/ou DM sobre a importância da saúde bucal e encaminhamos os usuários para agendar atendimentos com a dentista da UBS.

Além disso temos que refletir sobre esse atendimento sendo que cobraremos da gestão a possibilidade de atendimento da dentista em 8 horas diárias, sendo que até agora ela só faz seu atendimento no horário da manhã, assim a demanda não é comportada.

Temos conseguido como estratégia ao longo das últimas semanas da intervenção e devido às ações de manutenção a nossa ESF realizar orientações sobre saúde bucal no atendimento personalizado a cada usuário em minhas consultas porque não foi possível utilizar a sala de reuniões quando foi pintada e reestruturada.

Esse objetivo foi atingido em 116(100%) no primeiro mês, 221(100%) no segundo e 266(100%) no terceiro mês para hipertensos. Para DM no primeiro mês 25(100%), 49(100%) no segundo mês e 57(100%) no terceiro mês. Isso foi possível pela capacitação da equipe sobre a importância da saúde bucal e dicas para estimular a nossos usuários a procurar atendimento odontológico.

Objetivo 3: Melhorar a adesão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de pessoas com diabetes faltosas com a consulta médica com busca ativa.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de pessoas com diabetes faltosas com a consulta médica com busca ativa.

No percurso da intervenção não apresentamos dificuldades com pessoas faltosas, apesar de nossa equipe ainda não contar com todos os ACS que precisamos. Temos mais de 2 anos trabalhando em a nossa UBS e temos interagido ao longo desse tempo tudo com a população em geral e mais ainda com a população alvo de nossa área de abrangência.

Além disso, com as atividades de grupo que foram desenvolvidas ao longo desses dois anos em ao longo da nossa intervenção, comentamos sobre a importância do correto seguimento em consultas segundo o programa de atendimentos para as doenças HAS e DM. Capacitamos a equipe toda sobre o tema e sua importância e acho que o preenchimento das fichas espelhos para esses usuários permitiram uma maior conhecimento sobre o número de pessoas que faltam as consultas assim como sua localização e agendamento de consultas, e todo esse processo continuará sendo aperfeiçoado.

Para HAS tivemos dois usuários faltosos no mês 1, 2 e 3, e todos receberam busca ativa do ACS. Para DM não tivemos usuários faltosos às consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na UBS.

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

Tanto quanto observado nos gráficos a continuação das fichas espelhos para nossa intervenção foram providenciadas e impressas pela gestão sem dificuldade. E nos primeiros dias da nossa intervenção foram dadas por mim palestras com a equipe toda, técnica em enfermagem, enfermeira da outra equipe, ACS e técnica em enfermagem sobre o preenchimento das fichas espelho a toda a população alvo da nossa intervenção assim como a verificação dos dados preenchidos. Assim não apresentamos dificuldades nesse item.

A técnica de enfermagem preenchia dados de medida, estatura, peso, pressão arterial e teste de glicose no caso de usuários com diabetes. Além de capacitar ao ACS na realização dessas atividades para conseguir atingir o 100% da população alvo da intervenção. Dessa forma tanto para HAS como para DM conseguimos manter 100% de qualidade nos três meses de intervenção.

Temos em nossas palestras com os grupos de HAS e DM dado dicas para todos os usuários alvo de nossa intervenção solicitarem a tomada e preenchimento desses dados pela enfermeira e técnica e falado sobre a importância dessa atividade para melhorar a qualidade do atendimento e seguimento pela equipe, sendo esse empoderamento da população de vital importância para atingir os nossos objetivos.

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

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na UBS.

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

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade UBS.

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

Todos os usuários alvo da nossa intervenção foram atingidos em 100% ao longo da intervenção além de ter falado em palestras para todos eles sobre a importância desse acompanhamento na melhoria da qualidade do atendimento e seguimento das doenças alvos da nossa intervenção sendo que o exame físico completo de cada usuário alvo tem contribuído para atingir esse objetivo. Conseguimos atingir 100% de qualidade para estratificação de risco cardiovascular para HAS no primeiromês 116(100%),segundo mês 221(100%) e terceiromês 266(100%) e para pessoas com DM no Primeiro omês 25(100%), segundo mês 49(100%) e no terceiromês 57(100%).

Foi feita palestra na terceira semana da intervenção com a equipe toda e falado sobre dicas para os ACS e técnica em enfermagem e a equipe toda para o melhor acompanhamento das pessoas ao longo da intervenção além de atualizar sobre a estratificação de risco cardiovascular a toda equipe.

Temos contado também quanto necessário com os encaminhamentos para especialistas de nossos usuários melhorando assim a qualidade de seu atendimento contando para isso com os agendamentos desde nossa UBS após nossa consulta.

Objetivo 6: Promoção da saúde.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

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

Para os indicadores 6.1 e 6.2 referentes às orientações sobre hábitos alimentares saudáveis conseguimos manter 100% de qualidade em todos os três meses de intervenção para HAS e DM.

Durante nossa intervenção desde as primeiras semanas realizamos palestras sobre dicas de alimentação saudável, os usuários foram encaminhados para atendimento com o nutricionista que trabalha na rede da gestão, pois não temos nutricionista em nossa UBS. Achamos muito importante poder contar em nossa equipe com um nutricionista sendo que esse será um de nossos pedidos para a gestão.

Foi feita palestra com a equipe toda nas reuniões da quarta semana sobre alimentação saudável e a promoção de hábitos sobre alimentação saudável.

Objetivo 6: Promoção da saúde.

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

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

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

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

Em nossa intervenção tanto quanto ao longo de nosso trabalho na UBS Floresta temos promovido à prática de atividade física regular para a população. As

dicas têm sido dadas em palestras no trabalho com grupos de HAS e DM além de ter tomado a estratégia de falar do tema personalizado em minha consulta com cada usuário, foi feito esse trabalho com o 100% dos nossos usuários ao longo dos três meses de intervenção em hipertensos 116(100%) no primeiromês, 221(100%) no segundo e 266(100%) no terceiromês e para Diabéticos 25(100%) no primeiromês,49(100%) no segundo e 57(100%) no terceiromês.

Além disso, esse tema foi dado também como dica para a equipe toda para implementar essa rotina em nosso trabalho diário com essas pessoas e acho que seria muito útil conseguir contar em nossa unidade com um professor de educação física para nos ajudar na criação de grupos para a prática de atividade física planejada ao menos duas vezes em na semana.

Objetivo 6: Promoção da saúde.

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

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

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

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

No início da semana 9 da nossa intervenção trabalhamos com os nossos usuários em grupos sobre a importância de deixar o hábito de fumar para as pessoas que são fumantes e estimular a deixar esse hábito nocivo em suas famílias além dos riscos que produzem esse hábito para a população alvo e demais comunidade.

Essas dicas e tema foi debatido com a equipe toda, trabalhamos sobre riscos para a saúde relacionando-se ao mau hábito que constitui fumar.

Temos dado também as dicas sobre os encaminhamentos para usuários fumantes para serem acompanhados no CAPS do município para complementação do tratamento e ajudar no abandono do hábito de fumar, visto que no CAPS temos profissionais que trabalham nesse atendimento especializado. Para esse objetivo foram dadas as orientações para 100% das pessoas alvo de nossa intervenção, durante os três meses de intervenção, em nossa consulta. A personalização dessas

orientações como estratégia foi tomada por mim porque apresentamos dificuldades para conseguir fazer a palestras em grupo, devido às atividades de manutenção da nossa UBS que impediu usar a sala de reunião para essa atividade.

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

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

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

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

Uma das ações de nossa intervenção foi orientar a todos nossos usuários alvo sobre saúde bucal e a sua importância de manter e/ou preservar a higiene bucal correta. Para esse objetivo além de contar com palestra da odontóloga da nossa UBS forem passadas para a equipe orientações sobre saúde bucal que são integradas a nossa atividade diária e nas visitas domiciliares por nossos ACS. Conseguimos orientar 100% dos usuários com HAS e/ou DM durante os três meses de intervenção, atingido a meta proposta.

Essas orientações também foram repassadas nas minhas consultas porque além das férias da técnica de enfermagem e não ter conseguido contar com a enfermeira de minha equipe em tempo. Devido às dificuldades com a reforma da UBS que impediu as condições certas para a realização dos grupos de educação em saúde, foi tomado como estratégia falar sobre esse tema muito importante nas consultas individuais.

Considero que conseguimos atingir os nossos objetivos e metas ao longo da intervenção sendo que uma das dificuldades que mais prejudicou o melhor desenvolvimento de nosso projeto foi à falta da enfermeira da minha equipe ao longo de toda a nossa intervenção, além de não ter contado com a equipe completa e a falta de ACS em 4 micro áreas das 6 existentes para minha equipe, assim não foi possível atingir um percentual maior de usuários alvo da intervenção.

Temos apresentado irregularidade na presença do pessoal da UBS por férias desde a recepcionista até enfermeiras e técnicas em enfermagem além dos ACS

que não tem sido bem planejadas e assim houve dificuldade em conseguir envolver as duas equipes da nossa ESF.

4.2 Discussão

A intervenção, em minha UBS, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários com HAS e/ou DM. Conseguimos a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos. Assim quanto à melhoria do acolhimento, atendimento e participação dos usuários com a conscientização da importância da implementação da nossa intervenção.

Apesar das dificuldades relatadas ao longo da intervenção temos conseguido melhorar os registros clínicos da população alvo, tivemos melhoras através de exames laboratoriais e clínico realizados como rotina, além de avaliar a importância de contar com as medicações prescritas em nossa farmácia e a complementação desse serviço com as farmácias popular hiperdia. Assim a intervenção foi importante para o serviço pois fortaleceu o programa de atenção aos usuários com HAS e/ou DM.

Acho também que a nossa intervenção apesar das dificuldades de não ter contado com a enfermeira da equipe ao longo de sua implementação foi importante para a equipe toda, pois apesar de termos apenas duas das seis micro áreas com cobertura de ACS, conseguimos atingir os usuários de ambas as micro áreas. Conseguimos agir como equipe fazendo as discussões de nossos objetivos e metas, das dificuldades apresentadas ao longo da intervenção assim quanto à discussão dos resultados, preenchimento dos registros dos usuários e as melhorias para o acolhimento e atendimentos da população toda.

Ao longo da nossa intervenção e a sua implementação em nossa ESF conseguimos atingir uma melhora no atendimento odontológico assim quanto à conscientização da população alvo sobre a importância desse atendimento para melhorar a qualidade de vida. A intervenção viabilizou a melhor compreensão da importância das reuniões da equipe e as discussões da situação com os medicamentos, planejamento das consultas e a participação da equipe no acolhimento e atendimento da comunidade.

Acho que foi uma experiência que nos fez entender e avaliar a importância de agir a fazer o nosso trabalho como equipe, e terá como melhor resultado o papel das equipes de saúde na implementação das políticas de saúde do SUS e o Ministério da Saúde do Brasil para qualificar e melhorar a atenção primária de saúde no Brasil tudo e em especial em nossa comunidade e nossa ESF.

Antes de nossa intervenção o atendimento a usuários com HAS e/ou DM em nossa ESF era feita pelo médico e basicamente pela técnica em enfermagem quem fazia o primeiro atendimento e não se tinha registros atuais do peso, medidas físicas, fatores de risco e controles de exames laboratoriais atualizados desses usuários. Não tínhamos níveis de prioridades para os agendamentos de consultas e acolhimento para essas pessoas, tudo isso mudou com a implementação da intervenção que foi importante tanto para o serviço quanto para a equipe.

A intervenção foi importante para a comunidade pois a mesma recebeu empoderamento nas atividades para melhorar a sua qualidade de vida e de atendimento pela equipe toda. Também passamos a dar prioridade para os atendimentos e acolhimento da população alvo de nossa intervenção. Acho que os usuários não têm ainda se conscientizado sobre a importância de manter uma atualização continua dos dados de sua ficha clínica e nem a importância das nossas atividades com os grupos para suas doenças feitas em nossa UBS mensalmente.

Considero que as pessoas alvo em nossa intervenção tem percebido o benefício da prioridade para seu atendimento e acolhimento pela equipe toda, mas ainda gera insatisfação dos outros usuários na sala de espera. Pensamos em desenvolver atividades que ajudem no melhor entendimento da prioridade para a população alvo da intervenção. Apesar da nossa intervenção e da melhora da cobertura do programa ainda temos pessoas em nossa área de abrangência com falta de cobertura de ACS e em geral.

Acho que a intervenção tem uma estrutura ótima assim quanto às planilhas de coleta e dados e as fichas espelho que são bons instrumentos. Se fosse realizar a intervenção novamente eu não repetiria o início de implementação de uma intervenção na data em que foi feita a intervenção no final de ano com muitas férias de muito pessoal envolvido, além de dias festivos e feriados que impedem o melhor fluxo de usuárias na nossa UBS. Pois considero que para início da implementação de um programa seja importante à participação de toda a equipe para que a intervenção faça parte da rotina da UBS mais rapidamente. Também faltou uma

melhor articulação com a população e os líderes da comunidade para falar da importância da prioridade que precisam essas pessoas alvo da intervenção para seu atendimento e seguimento pela nossa equipe.

Apesar disso, acho que a equipe está mais integrada sendo que as ações serão incorporadas as rotinas da intervenção e no aperfeiçoamento do atendimento e seguimento da população com HAS e/ou DM. Pensamos que para implementar a intervenção como rotina do nosso trabalho diário devemos fazer um melhor trabalho de conscientização da população toda para conseguir um melhor fluxo da população alvo na UBS, além de promover a participação da população em geral da área de abrangência da ESF e de familiares dos usuários com HAS e/ou DM em nossas atividades grupais.

A informação e o melhor conhecimento dessas doenças assim quanto os fatores de risco são de vital importância no processo de conscientização da comunidade toda e uma ferramenta muito boa para melhorar a qualidade de vida e do atendimento que oferta a equipe em nossa UBS.

Acho que as fichas espelhos contribuíram para melhorar a atualização dos dados da população alvo da intervenção que muda em muitas ocasiões sem serem conhecimento da equipe até que os usuários com essas doenças voltem à consulta. Um exemplo são os tratamentos médicos que são trocados pelos especialistas sobre o cardiologista e não são informados até que acontece outra consulta às vezes três meses após a última consulta feita por nós, além de outros parâmetros como medidas, peso corporal, hábito de fumar além de outros de importância para nós e as pessoas com essas doenças crônicas não transmissíveis.

Como próximos passos para melhoria do serviço, no mês de março a gestão do município comentou da incorporação de outros ACS a nossa UBS, assim conseguiremos atingir uma melhora da cobertura de usuários com HAS e/ou DM em nossa área usando a experiência e as ferramentas de nossa intervenção e incorporando-as na rotina da ESF.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado gestores,

Como é de seu conhecimento os profissionais do Programa Mais Médicos (PMM) deveriam realizar uma especialização na Saúde da Família e fomos liberados 8 horas semanais do trabalho para realizar a mesma. A especialização foi realizada junto a Universidade Federal de Pelotas/RS

No início do curso realizamos uma análise da situação da UBS, onde era bastante abrangente para verificar qual o grupo da população que mais necessitava de melhorias na saúde, e detectamos que a saúde das pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus não estavam seguindo muitas vezes os protocolos de atendimento preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil. Antes da intervenção que realizamos os atendimentos e acolhimento não eram realizados com a qualidade e prioridade necessária para as pessoas com essas doenças crônicas não transmissíveis, assim como os registros dos dados desses usuários estavam desatualizados. Dessa forma achamos importante e de muita utilidade iniciar a intervenção com o foco de melhorar o Programa de Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus uma das ações programáticas sugeridas pela Universidade Federal de Pelotas para aperfeiçoar a Estratégia da Saúde da Família na UBS Floresta, Bagé/RS.

Entre os meses de novembro de 2015 até 22 de fevereiro de 2016, toda a equipe (médica, enfermeira, técnica de enfermagem, odontologista, ACS saúde, recepcionista e auxiliar de higienização) da UBS do bairro da Floresta desenvolveu um projeto de intervenção com o objetivo de ampliar a cobertura de atendimento as pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus e qualificar ainda mais o nosso trabalho para melhorar a qualidade de vida da nossa população.

Durante 12 semanas estivemos submersos na intervenção tendo no início algumas dificuldades pela falta de alguns profissionais na equipe (como o número adequado de ACS), e pela ausência de outros que estiveram de férias no decorrer da intervenção, principalmente a nossa enfermeira. Além da intervenção se desenvolver junto com a manutenção da estrutura física da UBS, o que gerou desconforto, mas ao final da intervenção os resultados foram melhores do que esperávamos.

Os ACS tinham informação detalhada das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus das suas micro áreas de abrangência, sendo que só temos cobertura de ACS em duas micro áreas das seis existentes em nossa UBS. Para que todos os profissionais da UBS tivessem a mesma conduta realizamos uma capacitação que foi de grande valia para a intervenção onde trabalhamos os fatores de risco para hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus, assim como a importância da alimentação saudável e atividade física no tratamento dessas doenças. Os usuários também foram orientados quanto aos riscos do tabagismo para a saúde.

Segundo estimativa para área de abrangência da minha equipe conseguimos atingir as metas propostas para acolhimento das pessoas com hipertensão que passaram de 19,1%(116) para 36,3%(221) entre o primeiro e segundo mês de intervenção, obtendo 49,7%(302) no último mês, conforme dados apresentados na Figura 1. Para diabetes mellitus acompanhamos 16,7% (25) dos usuários da área no primeiro mês, seguidos de 32,7%(49) no segundo mês e 41,3%(62) para fechar o terceiro mês, conforme dados apresentados na Figura 2. Para melhora deste cadastramento e acompanhamento precisamos de apoio da gestão para busca da contratação dos agentes comunitários que faltam em nosso serviço.

Ao fim do projeto, conseguimos realizar para todas as pessoas acompanhadas durante o período da intervenção exames clínicos completos incluindo exame clínico dos pés para as pessoas com Diabetes, exames complementares, avaliação de risco cardiovascular, atendimento odontológico além de fazer a prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia. Procuramos cumprir com todas as atividades a desenvolvidas em nossa intervenção segundo os protocolos de atendimento para essas doenças propostas pelo Ministério de Saúde. Todas as pessoas envolvidas pelo projeto orientações sobre alimentação saudável,

saúde bucal, hábito de fumar e seus riscos para a saúde assim como a importância da prática de atividade física regular.

A proporção de usuários com hipertensão e diabetes cadastrados foi aumentando com o transcurso da intervenção. Tivemos algumas dificuldades ao longo da intervenção como não ter contado com a enfermeira de nossa equipe afastada por atestado médico e férias ao longo dos 3 meses da intervenção, além das férias da recepcionista do posto, e a falta de ACS. A intervenção também foi realizada durante a manutenção da estrutura da UBS que provocou desconforto para o desenvolvimento das atividades. A intervenção foi realizada por somente uma equipe da UBS, não conseguimos o envolvimento das duas equipes existentes na nossa UBS pela falta dos diferentes profissionais das equipes por férias.

É muito importante dizer que os atendimentos e acolhimentos para esses usuários continuarão acontecendo como rotina de trabalho em nossa UBS para as duas equipes sendo que serão de utilidade para sua aplicação para outros protocolos como os de atendimentos a idosos, gestantes/ puérperas e crianças.

Foi estabelecido por parte da presidente do bairro conjuntamente com uma parcela da comunidade e profissionais de saúde, que serão realizadas mensalmente reuniões para conhecer as dificuldades do mês no cuidado à saúde da população, e as possíveis condutas a serem tomadas em parceria pelo serviço e a população. Além de sua participação nas estratégias das equipes para melhorar a saúde da população toda.

A equipe reconhece o apoio da gestão neste trabalho, com a disponibilização dos impressos que foram solicitados, como as fichas espelhos para cada usuário, e liberação da reorganização do serviço para contemplar as ações que foram implantadas. E para continuarmos avançando na melhoria da saúde da população é essencial o apoio e suporte dos gestores para nossas atividades.

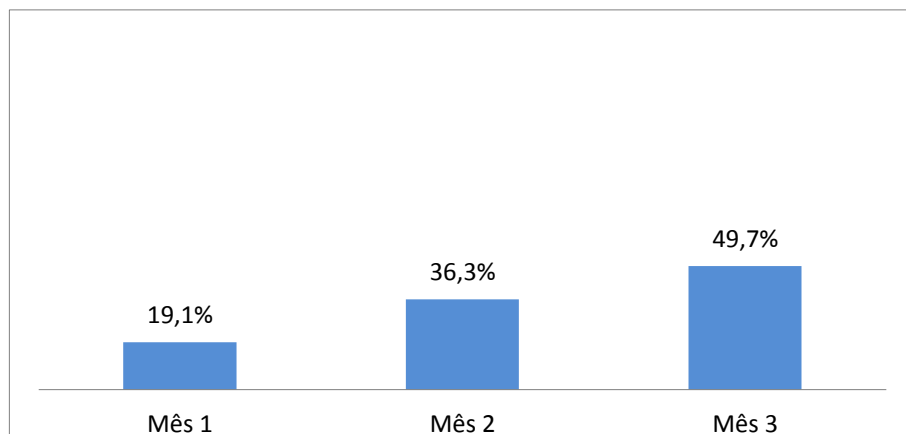


Figura 1. Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na Unidade Básica de Saúde Floresta.

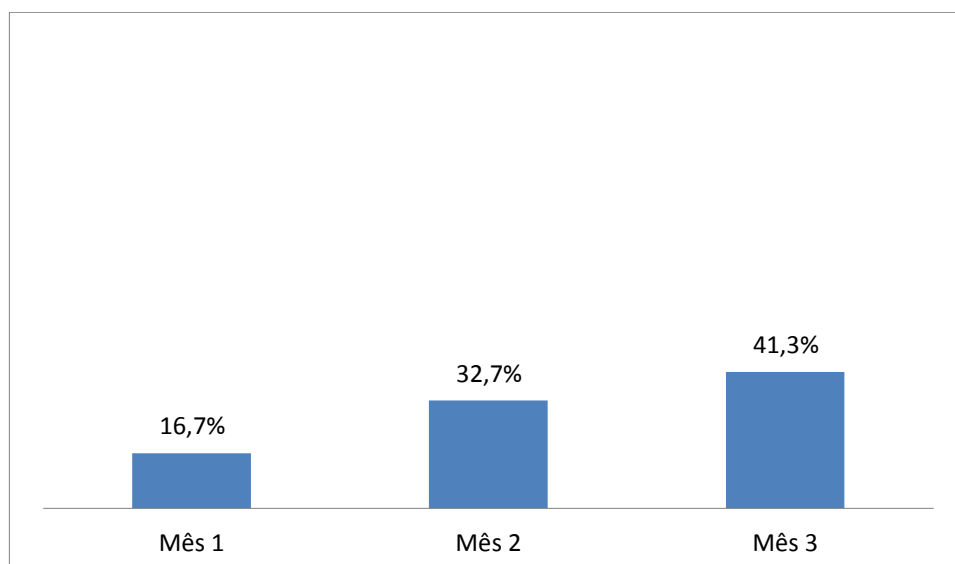


Figura 2. Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Floresta.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Comunidade da UBS Floresta,

Sou médico estrangeiro e vim para o Brasil, por meio de do convênio com o Ministério da Saúde. Para a nossa permanência no Programa Mais Médico para Brasil era necessário à realização do curso de Especialização na Saúde da Família, para conhecer melhor o funcionamento do Sistema Único de Saúde e contribuir com a saúde da comunidade e nos adequar as normas e protocolos de atendimento no Brasil.

No início da especialização avaliamos a estrutura da UBS, perfil da comunidade e programas de atenção existentes no serviço. Verificamos que as pessoas com pressão alta e/ou diabetes (“açúcar no sangue”) precisavam de melhorias no atendimento e acolhimento em nossa UBS, assim decidimos realizar um projeto de intervenção para melhorar e qualificar os atendimentos desses usuários. Antes de desenvolver este trabalho, os registros dos atendimentos para essas doenças estavam sem atualização então eram muitas vezes preenchidos em sua totalidade.

A intervenção foi realizada entre os meses de novembro de 2015 até fevereiro de 2016 na Unidade Básica de Saúde da Floresta que presta serviços para a comunidade com o objetivo de ampliar a cobertura de atendimento à atenção das pessoas com hipertensão e melhorar qualidade ao atendimento. Durante 12 semanas estivemos submersos neste projeto tendo algumas dificuldades, mas os resultados ao final foram melhores do que esperávamos.

No início da intervenção não conseguimos alcançar as metas pré-determinadas por diversas dificuldades, como a falta de alguns profissionais na equipe devido férias ou problemas de saúde, a ocorrência de feriados, a dificuldade no fornecimento de alguns medicamentos, e obras de manutenção na estrutura da Unidade Básica de Saúde. Mesmo com algumas dificuldades a equipe durante toda

a intervenção esteve dedicada a realizar as atividades que foram previstas no cronograma.

Como resultado deste trabalho, 302 (49,7%) e 62 (41,3%) pessoas com hipertensão e diabetes realizaram as consultas de acordo com o que é proposto pelo Ministério da Saúde. Também é importante destacar o trabalho dos ACS que embora sendo apenas dois, fizeram um trabalho intenso com resultados muito bom.

Ao fim do projeto, conseguimos que todas as pessoas que foram acompanhadas durante a intervenção realizassem exame clínico adequado em consulta, exames laboratoriais para todos e encaminhamento ao atendimento odontológico. Também foram realizadas palestras de temas importantes para a comunidade nos cuidados de sua saúde, temas como saúde bucal, importância de manter a alimentação saudável, abandonar o uso de cigarro, realizar atividade física regular. Alguns usuários foram encaminhados a especialistas quando necessário segundo o protocolo de atendimento para essas doenças crônicas não transmissíveis do Ministério de Saúde.

Todas essas pessoas alvo da intervenção receberam avaliação do risco cardiovascular. A proporção de esses usuários cadastrados foi aumentando a cada mês. Cabe ressaltar que na qualidade de atendimento todas as pessoas que passaram pela intervenção receberam 100% das ações previstas. A cobertura da área não atingiu 100%, até porque faltam agentes de saúde em nossa UBS e usuários a serem acompanhados pelo serviço, mas pretendemos melhorar a cobertura do programa nos próximos meses.

Os atendimentos das pessoas com pressão alta e/ou diabetes (açúcar elevado no sangue) continuarão acontecendo todos os dias na nossa unidade saúde. Ficou estabelecido com a presidenta do bairro conjuntamente com uma parcela da comunidade, que serão feitas mensalmente reuniões para conhecer as dificuldades do mês no cuidado à saúde da população, e as possíveis condutas a serem tomadas em parceria pelo serviço e a população. Esperamos contar com o apoio de todos para a melhoria da qualidade de vida da nossa comunidade e a qualidade de seu atendimento assim quanto os princípios do SUS!.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Considero que o curso foi de muita utilidade para melhorar nosso conhecimento do SUS no Brasil além de ser uma ferramenta prática e dinâmica para atingir os objetivos na Especialização em Saúde da Família.

O curso influenciou positivamente meu processo de aprendizagem, adquiri conhecimentos na área clínica atualizados segundo os protocolos de atendimento para essas doenças no Brasil, permitindo melhorar meu trabalho dando uma integralidade maior no processo de formação do profissional da área da saúde e melhorando assim a qualidade do atendimento da população de nossa área de abrangência.

Durante o curso pude contar com as orientações recebidas pelos orientadores as quais foram de muita utilidade para mim, os casos clínicos interativos, os estudos da prática clínica, os TQCs realizados e as documentações fornecidas pelo curso constituíram ferramentas de aprendizagem correlacionando a prática vivenciada no território com a teoria para desenvolvimento da intervenção na UBS. Acho que ferramentas como as fichas espelho, planilhas de coleta de dados, discussão de casos clínicos interativos e todas as formas dinâmicas de aprendizagem ao longo do curso foram muito úteis e práticas para nós.

Acho que o curso atingiu as minhas expectativas e foi de muita utilidade para conhecer melhor a realidade do SUS no Brasil e uma via mais para melhorar nossa experiência profissional.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento da Atenção básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília; Ministério da Saúde, 2013 a.128p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da atenção da Saúde. Departamento da Atenção básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabete Mellitus**. Brasília; Ministério da Saúde, 2013 b .159p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento da atenção básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Ministério da Saúde, Secretaria da Atenção da Saúde, Departamento da Atenção básica. Brasília; Ministério da Saúde, 2006. 56p.

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