

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na ESF Morrinhos, Uruçuí/PI

Roberto Savigne Silveira

Pelotas, 2015

Roberto Savigne Silveira

Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na ESF Morrinhos, Uruçuí/PI

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

Orientadora: Ligia Menezes de Freitas

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

S587m Silveira, Roberto Savigne

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Morrinhos, Uruçuí/PI / Roberto Savigne Silveira; Ligia Menezes De Freitas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

97 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Freitas, Ligia Menezes De, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

“É inevitável que, quanto mais ambicioso é o trabalho, mais imperfeita seja a sua execução..., mas, isso não quer dizer que ele só deva ser apresentado quando não houver mais nenhuma esperança de melhorá-lo.”

Friedrich Hayek
(The Construction of Liberty)

Agradecimentos

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades;

À esta Universidade, seu corpo docente, direção e administração que oportunizaram a janela que hoje vislumbro um horizonte superior, eivado pela confiança no mérito e ética aqui presentes;

À minha orientadora Ligia Menezes de Freitas, pelo suporte, paciência, orientações, assim como pelas suas correções e incentivos;

Aos meus pais e irmão, pelo amor, incentivo e apoio incondicional;

À minha equipe e gestores do município que trabalharam em conjunto e responsabilidade para a realização deste trabalho;

A todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Resumo

SILVEIRA, Roberto Savigne. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na ESF Morrinhos, Uruçuí/PI.** 2015. 93f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população Brasileira. A hipertensão arterial sistêmica e o diabetes mellitus representam dois dos principais fatores de risco, onde cerca de 60 a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica, contribuindo decisivamente para a diminuição do agravamento deste cenário em nível nacional. Nossa intervenção foi realizada na Unidade Básica de Saúde Morrinhos, no município de Uruçuí/Piauí, foi realizada entre os meses de abril, maio e junho de 2015 e foi voltada aos usuários com HAS e/ou DM. Escolheu-se o foco de intervenção após verificar fragilidades e deficiências encontradas na unidade de saúde após extensa análise situacional de nossa unidade. O objetivo geral foi melhorar a atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Morrinhos. Utilizou-se como protocolo os Cadernos da Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica (nº 37) e Diabetes Mellitus (nº 36) do Ministério da Saúde de 2013 e instrumentos do curso, como ficha-espelho e planilha eletrônica de coleta de dados. As atividades foram programadas considerando-se os quatro eixos temáticos, organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, engajamento público e qualificação da prática clínica. A cobertura de atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica, antes da intervenção, era de 542 pessoas e de 61 (41%) pessoas com diabetes mellitus. A cobertura ao final da intervenção foi de 613 usuários com hipertensão arterial sistêmica e 76 (51%) usuários com diabetes mellitus. Os indicadores de qualidade do programa, também, melhoraram muito. Nossa equipe alcançou 100% na busca ativa dos usuários faltosos à consulta, na proporção de usuários com registros adequados na ficha de acompanhamento, na proporção de usuários com orientações sobre a prática de atividade física regular, sobre o risco do tabagismo e os que receberam orientação sobre higiene bucal. Diante destes resultados, para a equipe foi um aprendizado e reorganização sobre a qualificação dessa ação programática, que mantemos após a intervenção, e promoveu o trabalho integrado da equipe de saúde com a comunidade, aumentando, dessa forma, o engajamento público e qualidade nas ofertas da UBS.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia membros da equipe da UBS Morrinhos. Uruçuí, PI, 2015	58
Figura 2	Fotografia atendimento clínico. Uruçuí, PI, 2015	59
Figura 3	Fotografia atendimento clínico. Uruçuí, PI, 2015.	60
Figura 4	Fotografia visita domiciliar. Uruçuí, PI, 2015.	61
Figura 5	Grupos coletivos. Uruçuí, PI, 2015	62
Figura 6	Grupos coletivos. Uruçuí, PI, 2015	62
Figura 7	Grupos coletivos. Uruçuí, PI, 2015	63
Figura 8	Cobertura do programa de atenção as pessoas com HAS da UBS Morrinhos. Uruçuí, PI, 2015	67
Figura 9	Cobertura do programa de atenção as pessoas com DM da UBS Morrinhos. Uruçuí, PI, 2015.	67
Figura 10	Proporção de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia na UBS Morrinhos. Uruçuí, PI, 2015	70
Figura 11	Proporção de pessoas com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia na UBS Morrinhos. Uruçuí, PI, 2015	71

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ação Programática
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCNT	Doenças crônicas não-transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DSTs	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HiperDia	Hipertensos e Diabéticos
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 13/08/2014.....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional em 24/11/2014.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	25
2 Análise Estratégica	27
2.1 Justificativa.....	27
2.2 Objetivos e metas.....	29
2.2.1 Objetivo geral	29
2.2.2 Objetivos específicos e metas	29
2.3 Metodologia	30
2.3.1 Detalhamento das ações.....	31
2.3.2 Indicadores	48
2.3.3 Logística.....	53
2.3.4 Cronograma.....	57
3 Relatório da Intervenção.....	59
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	59
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.....	67
4 Avaliação da intervenção.....	68
4.1 Resultados.....	68
4.2 Discussão.....	81
5 Relatório da intervenção para gestores	84
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	87
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	89
Referências	91
Anexos	92

Apresentação

Este volume é requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Pelotas/RS em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) com o objetivo geral de melhorar a saúde das pessoas com hipertensão e com diabetes mellitus da Estratégia Saúde da Família (ESF) Morrinhos, Uruçuí/PI. O curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) teve início em julho do ano de 2014 e finalização em outubro de 2015 com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso. A apresentação do trabalho está prevista para novembro de 2015. O trabalho de intervenção está organizado em 7 partes de trabalho interligadas e relacionadas. Na primeira unidade, está a análise situacional, elaborada durante 12 semanas iniciais do curso. Na segunda parte, está colocada a análise estratégica em que foi construído nosso projeto de intervenção. Na terceira parte, está o relatório de intervenção em que foram colocadas todas as ações realizadas, não realizadas e as dificuldades encontradas durante a intervenção. A quarta unidade colocou-se a avaliação da intervenção, com resultados, gráficos, indicadores e a discussão do trabalho. Na quinta parte está o relatório da intervenção para o gestor. Na sexta parte, o relatório da intervenção para a comunidade. Na última parte, está reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso, e os relatórios para gestão e para o serviço. Ao final, estão os anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 13/08/2014

Trabalho no Uruçuí, Piauí, é um município brasileiro do estado do Piauí. Sua população estimada, em 2010, é de cerca de 20.085 habitantes. Localiza-se às margens do rio Parnaíba que divide os estados do Piauí e Maranhão e a mais ou menos 453 km de Teresina, com dois médicos de programa Mais Médicos junto com os médicos de contrato pela prefeitura, total de 12 unidades de saúde.

Atualmente se encontra em remodelamento duas unidades de saúde das 12, uma das unidades onde a equipe vai trabalhar no centro da cidade, quatro dias na semana, pois um dia aleatório quando as condições estivessem propícias, viajo à zona rural, enquanto estou trabalhando em outra unidade, onde tem um médico brasileiro, ele numa sala e eu em outra, a população assistida é de 30 - 40 usuários no dia, mas a unidade de saúde tem uma população de 2800 pessoas, para um total de 810 famílias, em geral todas as unidades com sala de espera, recepção para atenção de agenda, consulta espontânea, entrega de medicamentos, salas de procedimentos e curativos, consultório odontológico, sala de vacina, banheiros, cozinha, lavadeiro.

O local em que trabalho é bastante favorável pois conta com uma equipe completa necessária ao bom funcionamento do PSF, (dois médicos, uma dentista, uma enfermagem, que faz atenção pré-natal, saúde da mulher (exame de colo de útero, exame de mamas), dois técnicos enfermagem, seis agentes de saúde, duas higienizadoras.

A unidade de trabalho torna-se o trabalho ainda mais favorável por possuir profissionais bastante empenhados, prontuário e horários de consultas marcados evitando assim longas filas e um trabalho cansativo. Atenção de segunda a quinta-feira de 8:00 às 12:00 horas e de 14:00 às 17:00 horas. Sexta, só estudo. A equipe se reúne todos os meses além das reuniões da secretaria de saúde com os médicos para discutir temas como as doenças mais frequentes, atualizações de protocolos médicos, inquietudes, qualidades do trabalho, queixas da população, e os diferentes programas de saúde existentes onde seus representantes expõem o avanço do programa dirigidos por eles.

Atuamos na prevenção de complicações e reabilitação de usuários com doenças transmissíveis (prevalecem doenças de transmissão sexual e parasitárias) e não transmissíveis (prevalecem diabetes mellitus, hipertensão arterial e asma) usando palestras educativas que visam mostrar à população formas de prevenção, ressaltando que o trabalho não acontece apenas dentro do posto de saúde, fazemos visitas periódicas na comunidade com ajuda de outros profissionais pertencentes a redes como o CAPS e NASF o PSF também com esse objetivo de ajudar na reabilitação do usuário, A unidade de saúde trabalha com todos os públicos, desde as gestantes aos idosos.

Além de tudo isso fazemos reuniões na comunidade todos os meses onde se expressam propostas e analisam dúvidas da população e trabalhadores da unidade de saúde, por nossa parte damos uma pequena aula em essa reunião sobre as doenças mais comuns e sua prevenção. Em o espaço onde trabalho fica uma escola aonde nós programamos atividades de prevenção uma vez ao mês. A população assistida pela unidade de saúde fica muito agradecida e feliz com nosso trabalho, pois nós sempre buscamos o jeito de incorporar-lhes a nosso trabalho pela saúde do povo.

1.2 Relatório da Análise Situacional em 24/11/2014

Trabalho no município de Uruçuí, estado do Piauí, com população estimada, em 2010, de 20.085 habitantes (IBGE, 2010). Localiza-se às margens do rio Parnaíba que divide os estados do Piauí e Maranhão e, mais ou menos, 453 km de Teresina. Com dois médicos do Programa Mais Médicos junto com os médicos de

contrato pela prefeitura, completando a cobertura de 12 Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia Saúde da Família (ESF), nenhuma delas são tradicionais.

Existe no município disponibilidade de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) grupo de trabalho que oferece especialidades de três assistentes sociais; dois fisioterapeutas; um fonoaudiólogo; um nutricionista; um médico psiquiatra; um terapeuta ocupacional; um médico do trabalho e um médico especialista em otorrinolaringologia. Não há disponibilidade de Centro Especialidades Odontológicas (CEO), tem a disponibilidade de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), com atenção especializada como psiquiatria, além de um hospital de referência municipal, quatro clínicas de laboratório das quais uma tem convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS) e disponibilidade de exames complementares para os usuários do município.

Nossa UBS, Morrinhos, localiza-se na zona urbana, no centro da cidade, nosso vínculo com o SUS é pela prefeitura municipal. Temos vínculo com instituições de ensino. Nosso modelo de atenção é a ESF. O local em que trabalho é bastante favorável, temos na unidade três equipes. Cada equipe compõe-se de quatro agentes comunitários de saúde (ACSs), uma dentista, uma enfermeira, um médico, uma técnica em enfermagem e uma técnica em saúde bucal.

A UBS é composta por atendimentos de medicina geral integral. Não temos pediatra e nem ginecologista no município. Ainda que estejamos situados na zona urbana, a equipe assiste seis comunidades localizadas na zona rural.

O município está diretamente relacionado aos atendimentos que acontecem na UBS com total atenção, para os usuários que necessitem de atendimentos de maior complexidade é no pronto socorro do município e isso é essencial à medida que conseguimos garantir integralidade a atenção ao usuário.

Em relação à estrutura física, a unidade tem uma sala de espera, recepção para atenção de agenda, quatro consultórios, farmácia para entrega de medicamentos, salas de procedimentos e curativos, consultório odontológico, sala de vacina, dois banheiros, cozinha e lavadeiro. Não temos banheiro para deficientes. É certo que muitas são as limitações existentes no que diz respeito a melhorar a qualidade da assistência, isso tendo em vista os materiais que são apresentados como modelos. Por exemplo, com uma adequada estrutura física, seguindo padrões estéticos necessários para um bom acolhimento e atendimento. Assim, é necessário expandir e estimular reformas que visem melhorar a qualidade dos atendimentos.

Importante é uma boa estrutura física com acessibilidade, isso estimula a ida do usuário às unidades básicas.

A unidade apresenta uma boa estrutura física, um número de profissionais capaz de atender a demanda. No entanto, observando o questionário pude constatar que ainda faltam algumas coisas para melhorar, entre elas: a unidade funcionar nos três turnos uma vez à semana, por exemplo, até às 22 horas para atender a população trabalhadora, já que é a unidade de referência no município, e oferece também nesse horário atenção odontológica uma vez à semana (no terceiro turno). Além de possuir sala para coleta dos materiais a serem analisados em exames necessários. O prédio em que trabalho foi adaptado para ser unidade de saúde, antes era um hospital pequeno. Possui equipamentos e instrumentos em quantidade suficiente para atender a demanda de atendimentos. Desde que comecei a trabalhar, nunca faltou algo que pudesse limitar o trabalho e da equipe ou até mesmo que nos deixasse de fazer um atendimento adequado.

Com relação aos atendimentos de odontologia, esse é um dos mais elogiados por possuir uma estrutura adequada e aparelhagem completa e dá um atendimento integral com relação a saúde bucal. É feito desde a prevenção e análise de enfermidades bucais às cirurgias menores dentárias como extração, por exemplo.

No que tange a disponibilidade de medicamentos e insumos complementares para assistência farmacêutica, a unidade consegue atender seus usuários e receita-os com os medicamentos necessários. Os de maiores usos são aqueles relacionados a hipertensão, diabetes mellitus, anti-inflamatórios e soro para combater a desidratação. Quanto aos medicamentos fitoterápicos e homeopáticos esses são os que costumam faltar na UBS, procuramos de certa forma compensar essa falta com indicações de plantas usadas para determinados tratamentos.

O prédio foi adaptado para funcionar como UBS, sendo necessário melhorar a acessibilidade. Por exemplo, portas e corredores adequados para a locomoção sem dificuldade dos cadeirantes, pessoas com dificuldades para locomoção ou até mesmo transporte de equipamentos ou móveis usados na UBS. Na verdade, é necessário que essas unidades adaptadas funcionem por tempo limitado. Deve ser explanada a importância da construção de estruturas padrões para tornar o atendimento eficaz, não só para os profissionais da saúde, mas, também, para os usuários. Assim, estimular a ida dos mesmos as unidades em busca de atendimentos que visem não só a cura, mas, também, a prevenção. É importante

que os gestores da saúde tenham isso em mente sempre para que possam estimular a implantação dessas unidades mais planejadas. Onde os profissionais possam sempre mostrar suas opiniões com críticas construtivas para estimular a oferta de serviços cada vez mais eficaz.

Em relação às atribuições das equipes, a unidade torna o trabalho ainda mais favorável por possuir profissionais bastantes empenhados, prontos e horários de consultas marcados evitando assim longas filas e um trabalho cansativo. A equipe se reúne todos os meses, além das reuniões da secretaria de saúde com os médicos, para discutir temas como as doenças mais frequentes, atualizações de protocolos médicos, inquietudes, qualidades do trabalho, queixas da população e os diferentes programas de saúde existentes onde seus representantes expõem o avanço do programa dirigidos por eles.

Atuamos na prevenção de complicações e reabilitação de usuários com doenças transmissíveis (prevalecem doenças de transmissão sexual e parasitárias) e não transmissíveis (prevalecem diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e asma) usando palestras educativas que visam mostrar à população formas de prevenção, ressaltando que o trabalho não acontece apenas dentro da unidade de saúde. Fazemos visitas periódicas na comunidade com ajuda de outros profissionais pertencentes a redes como o CAPS e NASF. A unidade de saúde trabalha com todos os públicos desde as gestantes aos idosos.

Além disso, fazemos reuniões com a comunidade de prevenção todos os meses onde se expressam propostas e analisam dúvidas da população e trabalhadores da unidade de saúde. Na equipe, se programou atividades de prevenção uma vez ao mês. A população assistida pela unidade de saúde fica muito agradecida e feliz com nosso trabalho, pois nós sempre buscamos o jeito de incorporar-lhes a nosso trabalho pela saúde do povo.

A nossa equipe faz sempre programas de alerta e incentivos as imunizações, assim os usuários sabem da necessidade e importância de ser imunizado. Assim, conseguimos sempre alcançar a meta estipulada com base em campanhas anteriores. Desde as gestantes às pessoas idosas são imunizadas de acordo com os programas necessários. Infelizmente, a maioria dos usuários possui o pensamento antigo de ir em busca de saúde só no momento em que está doente. Fazer com que o usuário procure uma unidade de saúde é uma limitação que afeta ele próprio pois não se consegue fazer um trabalho de prevenção com qualidade. No

entanto, este é um papel não só do usuário, mas de todos que compõem a unidade e dos setores governamentais. Pois, alguém só procura por saúde sem estar doente quando é estimulado, sendo assim é necessário o incentivo por parte de todos na criação e aprimoramento dos programas de prevenção em saúde que não se limitem apenas a palestras. E, quando estas existirem, que possuam algo interessante para que os usuários participem com mais frequência, por exemplo, com uso de demonstrações de como se faz saúde pode ser por meio de teatro, vídeo e outros meios que relacionem diretamente os usuários. Assim, é necessário o apoio e integração de todos.

Delimitar o território é uma necessidade para um trabalho adequado para conseguir atingir metas e colher resultados eficazes com afetividade. Quanto a isso, devemos trabalhar mais nas novas micro áreas surgidas para completar o 100% cadastradas das 90% atuais. Outra necessidade real é fazer com que o indivíduo se sinta sempre estimulado a procurar todos os setores relacionados a saúde, sobretudo quando diz respeito a referência, contra referência. Pois, muitos problemas que são encontrados nas unidades precisam ser repassados a setores de saúde especializados e, algumas vezes, os usuários se sentem desmotivados em dar continuidade ao tratamento de saúde. Então, é uma limitação fazer com que estes vejam que o setor saúde é estruturado, onde muitas vezes é necessário procurar outros setores de saúde. A importância dos setores de referência, contra referência, é que com eles é possível dar aos usuários uma maior integralidade em saúde, pois as unidades são o primeiro contato com a busca por saúde e tratamento de doenças onde muitas delas devem ser tratadas nas unidades especializadas com aparelhos tecnológicos de maior precisão no diagnóstico de doenças. Então, são necessárias conversas com os usuários, que muitas vezes acham que isso são procedimentos demorados e que requer o enfrentamento de longas filas.

Como já dito, assistimos a zona rural. Atender a zona rural de forma completa é essencial para a cobertura de toda a população, a principal limitação desse atendimento diz respeito as grandes distâncias existentes entre algumas localidades que ficam cerca de 250 km de distância do município. A equipe atende só pessoas da zona rural, seis zonas rurais com um total de 2.600 pessoas, apesar de estar localizada no centro do município. Cada zona rural tem um local pequeno (unidade de saúde) com um técnico em enfermagem que reside nessa área, responsável de realizar os primeiros apoios e curativos, visitar os pacientes em seus

domicílios a fins de realizar procedimentos clínicos especificados no plano de tratamento, e dentro do escopo de sua prática, cumpre com o papel de educador junto aos pacientes, familiares e comunidade, age também como agente de Controle de Infecção mantendo higienizado, o ambiente, e os equipamentos médicos sendo utilizados pelo paciente em domicílio. A unidade, ou seja, a equipe vai uma vez a cada 15 dias, em cada zona rural, o resto do tempo as pessoas vão à unidade, já que elas sempre viajam para o centro do município onde se encontra a unidade por outros motivos. Todos os moradores são avisados dos dias de visitas dos profissionais de saúde, no entanto, algumas vezes, os profissionais se dirigem a zona rural e não encontram todos os moradores, por motivos diversos. O transporte para as visitas é oferecido pela prefeitura do município.

Ir a zona rural é algo necessário só que, como dito anteriormente, apresenta algumas limitações. Então, se faz necessário que todos envolvidos com o setor saúde, desde os governantes aos profissionais, procurem meios que melhorem esses atendimentos como, por exemplo, maior número de veículos mais adaptados a grandes distâncias e estradas vicinais. Além de buscar meios de incentivos para que os usuários estejam sempre em suas residências no momento das visitas.

Outra necessidade é cadastrar e passar todas as informações aos órgãos vinculados ao Ministério da Saúde para que toda a população tenha acesso de dados relacionados ao município, no entanto, algumas vezes, esses dados apesar de serem passados de forma correta não se encontram disponíveis da forma como é passada nos bancos de dados. Deve ser feita uma análise aprofundada do que acontece no momento dessa transmissão e que estes não demorem a ser repassados, pois é essencial para que, assim, a população tenha uma noção real da situação dos problemas de saúde do local em que vivem. Assim deve ser cobrado dos órgãos responsáveis essa análise.

Em relação à população da área adstrita, temos total 2.600 pessoas, para 517 famílias da população rural. Uma vez que as zonas rurais assistidas estão distantes entre si, a unidade localiza-se no centro do município. O número de mulheres é 1.452 e de homens é 1.148.

Em relação à atenção à demanda espontânea: é necessário atender a demanda espontânea pois o usuário também é capaz de entender qual a sua situação de saúde. Assim, é fundamental que o usuário seja sempre visto e ouvido para a resolução do problema. Além de que, o acolhimento a essa demanda é

fundamental para o fortalecimento de vínculos com os profissionais da unidade básica.

Com relação ao atendimento à demanda espontânea, na unidade em que trabalho, é realizado da seguinte forma: quando o usuário chega a UBS, sem ter agendado, é verificado se necessita de atendimento específico de rotina da unidade. Caso ele precise, é encaminhado ao setor que ele requer como, por exemplo: coleta de exame, vacina, inalação, farmácia ou mesmo a sala de procedimento. Caso ele não precise, é levado a uma sala para escuta do usuário com avaliação do mesmo observando os riscos biológicos e se é vulnerável a alguma enfermidade. Então, partindo disso, se observa as demais necessidades do usuário. Caso o usuário chegue a unidade sem agendamento é observado as prioridades como crianças, gestantes, idosos e casos agudos.

Na UBS, o acolhimento é realizado pela recepcionista e técnica de enfermagem, geralmente, mas muitas ações, se encontrar algum membro da equipe na sala nesse momento participa do acolhimento do usuário. Mas, quase sempre, são elas que recebem e escutam pela primeira vez os usuários, para depois, definir o grau de necessidade de cada um, priorizando a ordem de atendimento.

O acolhimento, escuta e a criação de vínculos é a maneira adequada para lograr uma boa organização da demanda espontânea é muito importante, para isso é preciso a preparação por parte de equipe de trabalho da unidade de saúde para explicar e encaminhar aos usuários e classificar os riscos. Tudo isso é buscado por meio da integração entre profissionais e usuários.

Em relação à saúde da criança, a população coberta pela unidade é de 72 crianças menores de 1 ano. Ressalto que, de acordo com a estimativa do MS, verificada pelo Caderno de Ações Programáticas (CAP), é de 39 crianças menores de um ano.

De acordo com os poucos indicadores de qualidade, vistos pelo CAP, temos: consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério de Saúde (MS) temos 39 (100%) crianças; atraso da consulta agendada em mais de sete dias zero (0%) criança; teste do pezinho até sete dias são 39 (100%) crianças; a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida são 36 (100%) crianças; faltaram três já que as mães deles apresentaram problemas para se deslocar para a capital para a consulta com o pediatra pois, no município, não temos ainda pediatra. Além de se consultar com o médico da área, essas três crianças são prematuras e

apresentaram problemas de saúde e foram encaminhadas direto do hospital para o pediatra, o transporte é oferecido gratuitamente pela prefeitura. Todas as crianças são atendidas na unidade, sendo encaminhadas só aquelas que precisarem por problemas de saúde, oferecendo para elas o transporte pela prefeitura e agendando com anterioridade a consulta na capital coordenado pela secretaria de saúde do município. Importante destacar que se realiza busca ativa das crianças faltosas.

A triagem auditiva realizada em 39 (100%) crianças; monitoramento do crescimento na última consulta foram 39 (100%) crianças; monitoramento do desenvolvimento na última consulta foram todas as crianças (100%); com vacinas em dia são 39 (100%); avaliação de saúde bucal de 39 (100%); com orientação para aleitamento materno exclusivo 39 (100%) e com orientação para prevenção de acidentes 39 (100%).

Com relação as ações realizadas, estas são realizadas por meio de protocolos do Ministério de Saúde, para termos melhor atendimento aos usuários e realizamos monitoramento das ações de forma regular (de 15 a 30 dias nas reuniões programas). Na unidade, trabalhamos utilizando os registros como, prontuários médicos, livro de registros, caderneta de vacinas, caderneta de criança, caderneta da grávida, preenchendo o SISVAN.

Todos os programas que são realizados na UBS possuem uma ampla divulgação a todos os usuários, facilitando, assim, o trabalho da equipe e melhorando a cobertura da atenção. Assim, notamos que a adesão pela população é favorável. Isso comprovado por meios de comparações feita com nossos dados e os preconizados pelo MS. Tudo é registrado e sempre com atenção para termos qualidade.

As atividades de educação em saúde são realizadas nas unidades, escolas e demais locais. Importante ressaltar que todos os membros da equipe participam desse processo de educação em saúde, realizamos sempre reuniões visando a melhor forma de promover a saúde da nossa população.

Como profissional médico, procuro sempre fazer revisões periódicas com ações voltadas, não apenas ao campo clínico, mas vendo o lado epidemiológico e social, envolvendo o indivíduo, a família e a comunidade. A família desempenha papel importante a medida que o olhar para a criança começa em casa. Na unidade de saúde que trabalho, nós profissionais, atendemos sempre as ações básicas de saúde preconizada pelo Ministério da Saúde que são: acompanhamento do

crescimento e desenvolvimento infantil, promover o aleitamento materno e orientações para o desmame, prevenir e controlar doenças diarreicas, prevenção e controle das infecções respiratórias agudas, além da imunização. Essas ações são básicas e com estas é possível se ter um desenvolvimento saudável.

Em relação ao pré-natal, fazer acompanhamento gestacional adequado é importante à medida que permite a possibilidade de vir ao mundo uma criança saudável. A população coberta é de 25 (64%) gestantes.

O número de gestantes com pré-natal iniciado no 1º trimestre foi 23 (92%) mulheres, já que algumas vezes chegam a UBS em um período avançado de gravidez, depois do terceiro ou quarto mês de gestação. Este fato, acredito ser em virtude de gravidez precoce, onde muitas gestantes tendem a ter receio no início do período gestacional. E, também, porque devemos trabalhar mais na promoção de saúde, mediante palestras e visitas domiciliares e em conjunto, também, com os ACSs visando a captação precoce de nossas grávidas. Este indicador trouxe como consequência que, para o indicador de qualidade “solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais” também para 23 (92%) gestantes, já que estas que não foram contatadas no primeiro trimestre, não se realizaram com elas os exames desse trimestre.

As consultas em dia, de acordo com calendário do Ministério da Saúde, todas as 25 (100%) estão em dia. Quanto aos indicadores vacina antitetânica conforme protocolo e vacina contra hepatite B conforme protocolo; prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo; avaliação de saúde bucal e orientação para aleitamento exclusivo, também, para 25 (100%) gestantes.

O exame ginecológico por trimestre foi realizado em 18 (72%) mulheres, já que somado às gestantes que não foram contatadas no primeiro trimestre, cinco delas catalogadas de alto risco (dois gemelares e três com doença hipertensiva) ainda não assistem à consulta de ginecologia e obstetrícia alegando falta de recursos econômicos para viajar para a capital onde se fazem essas consultas, mas com seguimento da equipe de saúde. Todas as gestantes saem da unidade com a próxima consulta agendada, ante qualquer problema são assistidas na unidade pela equipe, mas não contamos no município com ginecologista. O atendimento se faz de acordo com o preconizado no programa de atenção da gravidez do Ministério de Saúde, avaliando seu risco e, em caso de encaminhamento, a secretaria de

municipal de saúde agenda consulta para elas e são encaminhadas para a capital, no transporte gratuito oferecido pela prefeitura.

Ao observar a cobertura da atenção ao puerpério, vejo que este está satisfatório, conseguimos atender e cobrir toda a área com 39 puérperas (100%). Para todos os indicadores de qualidade, todas (100%) tiveram: consultaram antes dos 42 dias de pós-parto e consulta puerperal registrada. Todas as mulheres (100%) receberam: orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido; orientações sobre aleitamento materno exclusivo; orientações sobre planejamento familiar. Ainda, todas (100%) tiveram as mamas examinadas; o abdome examinado; realizaram exame ginecológico; tiveram seu estado psíquico avaliado e foram avaliadas quanto a intercorrências. Na unidade trabalhamos utilizando os registros como prontuários médicos, livro de registros, caderneta de vacinas e caderneta de gestante.

Todas as ações que realizamos na unidade são realizadas por meio de prévia programação seguindo protocolos do ministério que visem promover o melhor atendimento a ampla cobertura dos usuários. Onde, assim, podemos fazer mensalmente o monitoramento, avaliação e caso sejam precisas modificações que visem melhorar e ampliar a cobertura da população, questões que são revisadas nas reuniões mensais realizadas pela equipe.

Temos na unidade uma ampla cobertura da população com atenção voltada a todos os usuários que necessitem de atendimento. Pela forma com a qual programamos as ações conseguimos ter uma ótima adesão da população, com visão voltada para ações de qualidade, sendo assim conseguimos fazer o registro das ações, melhor planejamento e monitorar as ações para análise, comparação e eventuais modificações nos atendimentos. Sendo realizadas semanalmente reuniões com todos os membros da equipe para podermos assim ter uma maior participação e melhoria nas ações de educação em saúde.

Para melhorar e ampliar a qualidade de atenção ao pré-natal deveriam ampliar os programas de prevenção à gravidez precoce, fato muito comum na comunidade; além da conscientização da importância de se ter uma gravidez planejada. É, também, de fundamental importância que a mãe saiba de todos os direitos inerentes ao programa de Humanização no Pré-Natal com todos os seus princípios. Que a mulher não vá a UBS sem saber da importância de estar lá, mas

que ela saiba dos benefícios futuros que um acompanhamento adequado traz a ela e a criança. Tudo isso em parceria com profissionais da saúde, gestores e usuários.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, a população coberta é de 106 (54%) mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama; e de 544 (86%) mulheres entre 25 e 64 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero.

O diagnóstico precoce desse problema é importante, pois, quanto mais cedo diagnosticado, mais fácil é a cura. Assim, a UBS desempenha um papel importante na prevenção desses problemas à medida que deve procurar alternativas que levem as mulheres às unidades de saúde na busca não só do tratamento, mas sobretudo da prevenção. Na UBS, procuramos fazer palestras na comunidade e fixar cartazes falando sobre a importância da prevenção dessas enfermidades.

Nos indicadores da qualidade, o número de mulheres com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia é 544 (100%); exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso é 0%; exame citopatológico para câncer (CA) de colo de útero alterado 2 mulheres; com avaliação de risco para câncer de colo de útero 278 (51%). Para todas se oferece orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e orientação sobre doenças sexualmente transmissíveis (DSTs). Em nossa, UBS a coleta de citopatológico é realizado pela enfermeira.

Acredito que todo programa pode ser aperfeiçoado para estimular a ida das mulheres na UBS para prevenção do CA de colo de útero. Temos que estimular com palestras e conscientização acerca do problema que pode ser acarretado caso não façam a prevenção. Quanto a cobertura, a maior dificuldade é com relação a zona rural por conta da dificuldade no acesso. Em nossa unidade utilizamos protocolo elaborado pelo Ministério da Saúde, ano 2013, e pela Secretaria Estadual de Saúde. Os registros utilizados por nossa equipe são: o livro de registros, prontuário clínico e formulário especial para citopatológico. Os arquivos são revisados quinzenalmente pela enfermeira da unidade.

Com relação ao CA de Mama: também se utilizaram os registros de cadernos e prontuários clínicos da UBS. Isso é importante a medida que podemos comparar os dados obtidos com o que diz o Ministério da Saúde. Os arquivos são revisados quinzenalmente pela enfermeira da unidade.

Temos na UBS um número baixo de cobertura de mulheres na prevenção do CA de Mama. Fato que visa a importância em virtude dos programas existente na UBS a trabalhar mais na pesquisa e promoção de saúde, a fim de levar as mulheres a UBS além do autoexame. Para um total de mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama 106 (54%).

Os indicadores de qualidade, apesar de poucos, conseguem indicar questões relacionadas a cobertura da população que deve ser assistida pela UBS. Existem 88 (83%) de mulheres com mamografia em dia, pois temos 18 (17%) com mais de 3 meses em atraso. Foram avaliadas quanto ao risco para câncer de mama 62 (58%) e todas 106 (100%) com orientação sobre prevenção do câncer de mama.

Acredito que estamos fazendo um trabalho positivo na prevenção do CA de mama. No entanto questões como a importância do autoexame deve ser ressaltada para que se possa fazer um trabalho mais satisfatório. E isso é possível com visitas aos domicílios, palestras e cartazes na comunidade falando sobre o problema. Se realizam mamografias nas mulheres mediante encaminhamento para Teresina, com transporte gratuito oferecido pela prefeitura.

Controlar o câncer de colo de útero e câncer de mama é importante para minimizar o número de casos. Sendo que assim para se ter uma saúde com qualidade é necessário a realização de forma programática como é feito na unidade que trabalho onde procuramos sempre seguir regras de protocolos do MS, ano de 2013, para termos sempre registrados tudo que é feito com relação ao tema e ser possível além de consultas. Realizamos o monitoramento e utilização dos dados para ações que visem sempre ampliar e melhorar o atendimento.

Na unidade, temos uma adesão da população para o que é proposto nas ações. Sempre com uma atenção à saúde com qualidade para que seja possível o que temos hoje que são registros de qualidade com posteriores planejamento e monitoramento das ações. Sendo que todos os profissionais das equipes possuem especial atenção para a educação a saúde visando divulgar informações para não só tratar, mas prevenir casos de doenças.

Em relação a atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), quanto as estratégias, acredito ser mostrado qual a necessidade de se fazer sempre a prevenção e controle da saúde, afim de evitar problemas posteriores. O número de usuários com HAS na área é de 542 pessoas. Enquanto que o CAP estima 522 pessoas.

Na atenção às pessoas com HAS avaliadas, a realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico é de 522 (100%); atraso da consulta agendada em mais de 7 dias 12 (2%); exames complementares periódicos em dia 510 (98%); orientação sobre prática de atividade física regular 522 (100%); orientação nutricional alimentação saudável 522 (100%) e com avaliação de saúde bucal em dia 510 (98%).

Apesar de poucos serem os indicadores de qualidades, esses conseguem mostrar os resultados e permitir uma avaliação por nós profissionais da saúde. Percebo que a equipe consegue aproximar aos objetivos desejados e com os programas que desenvolvemos só temos a ganhar no que diz respeito a alcançar os usuários atingidos pela doença e prevenir aqueles que não a possuem. Já que, nas visitas a zona rural, a equipe faz todo possível para ir completa para desenvolver não somente atenção de medicina geral, mas, também, odontologista, vacinação e demais. No entanto, apesar de fazermos muitos esforços para melhorar nossa atenção voltada a esses usuários, sabemos que existem mais usuários com HAS em nossa área de abrangência. E, ainda, precisamos melhorar os registros e qualificar ainda mais nossa atenção a esses usuários.

Com relação ao DM, o número de usuários registrados na localidade é 61 (41%), apresentando um percentual menor que o apresentado no CAP. Precisamos aumentar o rastreamento e sempre buscar alternativas que visem a prevenção da doença; precisando de maior atenção com a população de risco e por ser a DM uma doença silenciosa precisa ser mais divulgada medidas de prevenção e controle. De nossos usuários com DM, temos com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico 61 (100%); com atraso da consulta agendada em mais de 7 dias nenhum; com exames complementares periódicos em dia 61 (100%); com exame físico dos pés nos últimos 3 meses 61 (100%); com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses 61 (100%); com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses 61 (100%); com orientação sobre prática de atividade física regular 61 (100%); com orientação nutricional para alimentação saudável 61 (100%) e com avaliação de saúde bucal em dia 61 (100%).

Quanto ao que é realizado com os usuários com HAS e DM, as ações são realizadas com prévia programação, seguindo um protocolo do MS, ano de 2013. Na unidade, utilizamos os registros prontuário clínico, formulário especial, ficha de atendimento odontológico, ficha de atendimento nutricional e ficha espelho de

vacinas, para podermos fazer sempre o registro das informações para que seja sempre possível avaliar e monitorar as ações realizadas.

Precisamos divulgar mais a respeito da doença no que diz respeito a forma de prevenção e não visarmos apenas pessoas com idade adulta, mas sobretudo a população em geral, procurando modificar estilos de vida. É necessário incentivar a população com medidas que chame a atenção dos mesmos para que procurem a UBS e se informe mais a respeito da doença. Medidas que incluam: palestras, visitas em escolas, residências e trabalhos nos locais públicos. Esse público é um dos maiores na nossa unidade sendo que temos uma atenção ampla voltada aos mesmos.

Em relação à saúde dos idosos, falar da saúde do idoso é algo interessante visto que vivemos em um mundo onde o número de pessoas acima de 60 anos só aumenta. No Brasil, por exemplo, em 2030 o número de pessoas com mais de 60 anos será o maior do país. Sendo assim é importante que todos os profissionais da saúde estejam voltados para esse público. O número de pessoas com mais de 60 anos na área de abrangência é de 185 (67%), sendo menor do que o estimado pelo MS.

Para os indicadores de qualidade, todos têm caderneta de saúde da pessoa idosa 185 (100%); com realização de avaliação multidimensional rápida 185 (100%); acompanhamento em dia 185 (100%); com hipertensão arterial sistêmica 34 (18%); com diabetes mellitus 27 (15%); avaliação de risco para morbimortalidade para 185 (100%); investigação de indicadores de fragilização na velhice 185 (100%); orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis 185 (100%); orientação para atividade física regular 185 (100%) e com avaliação de saúde bucal em dia 185 (100%).

Os indicadores são poucos, porém nos permite fazer avaliações do nosso trabalho e observar pontos que podem ser mudados para ampliação da cobertura. Observo que, nós profissionais da UBS, estamos conseguindo alcançar nossos objetivos, mas isso não quer dizer que não exista pontos que não possam ser mudados. Refiro-me ao aspecto de ampliação de atendimento na busca por mais usuários. Podemos melhorar as divulgações dos trabalhos de prevenção e importância de se buscar a UBS. Trabalhos esses que visem prevenção, tratamento e aspectos que mudem a vida desses usuários como, por exemplo, a necessidade da prática de se fazer atividade física. Onde devemos aumentar o número de visitas

domiciliares e em lugares que exista pessoas com mais de 60 anos como, por exemplo, as pastorais da pessoa idosa existente na cidade.

Os idosos, também, são um público amplo na unidade. Estes têm total atenção por muitos possuem enfermidades como hipertensão, diabetes ou mesmo serem acamados, atualmente temos seis acamados, que são priorizados nas visitas domiciliares à zona rural e deslocados de forma gratuita ao hospital do município se precisar de algum tipo de atendimento de urgência. As ações que são realizadas com os mesmos são feitas de forma programadas onde adotamos protocolos que sigam o mesmo padrão nos permitindo fazer registros e monitorar tudo que é feito com relação aos mesmos.

Vejo que conseguimos realizar de acordo com os poucos indicadores de qualidade, em relação ao que é preconizado pelo MS com uma ótima adesão da população ao que propomos de ações da unidade. Sendo tudo com qualidade para que, assim, possamos fazer o registro como tem sido feito com planejamento para posterior monitoramento das ações de saúde sendo que estas são feitas por todos os profissionais membros da equipe sendo que estes são todos envolvidos no processo de educação em saúde.

Uma boa equipe de trabalho sempre está procurando meios de ampliar e melhorar aquilo que está sendo feito. Assim, surge os desafios para toda e qualquer equipe engajada em um processo de trabalho. Na UBS que trabalho, os maiores desafios são conseguir uma maior participação da população nas ações que são realizadas. Não somente o comparecimento na unidade, mas com explanação de opiniões que visem melhorar o atendimento. Além de buscar mais recursos para melhorar os atendimentos no que diz respeito a cobertura da população e de se buscar uma melhor interligação entre os setores de saúde a fim de melhorar o atendimento relacionado a referência e contra-referência.

Quanto aos recursos que temos são aqueles relacionados a vínculos com o SUS e locais de ensino, como escolas, que de certa forma permite uma melhor cobertura e adequação do trabalho proposto. Além de termos uma aproximação com os usuários porque a unidade está localizada em uma área estratégica da cidade, e o que diz respeito a equipe profissional existente, onde todos são empenhados e buscam fazerem seus trabalhos da melhor maneira possível. Possibilitando, assim, um melhor atendimento ao usuário e maior cobertura da população assistida. A UBS

possui também uma boa estrutura física, com aparelhos adequados e salas que permitem a realização de um trabalho eficaz.

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

Em comparação com a semana dois da unidade de ambientação, tenho certeza que a equipe tem melhorado em seu trabalho, os atendimentos aumentaram em números, as atividades em saúde são feitas em todos os grupos. Construímos grupos de gestantes, idosos, tabagistas, a demanda aumentou em consultas por problemas agudos, fazemos visitas domiciliares, questão que não era feita em a unidade por não ter médico.

Está sendo um prazer falar sobre o que tem mudado nos últimos meses. Mudanças que não são poucas, digo isso no sentido de que passou se a olhar as coisas à volta com um ar mais abrangente com relação ao que está se fazendo procurando sempre ampliar as atividades que às quais se está ligado, buscando cada vez mais se envolver com os usuários para que assim se possa encontrar meios que melhorem os atendimentos e façam com que os mesmos se integram com a UBS. Outro ponto importante a relatar foi a integração que busco se com os demais profissionais da UBS, fazendo com que eles se envolvam com o trabalho que estou desempenhando e, também, tragam informações e sugestões durante as reuniões que melhorem a qualidade do atendimento aos usuários e com os demais profissionais. Atualmente, a visão da unidade de trabalho e o processo em que está envolvida é muito mais ampliada, além de ter um conhecimento melhorado do trabalho na saúde do Brasil, com uma maior percepção das limitações e vantagens no marco do trabalho da equipe na unidade de saúde. Enfim tudo é um aprendizado que com o tempo só vem a agregar conhecimentos para todos os envolvidos no processo de promover saúde.

Nossas melhorias que estamos tentando fazer é a partir de estudar cada ação programática na análise situacional, em que pudemos ver como estava cada um e no que poderíamos melhorar. Penso que depois desta análise, estamos prontos para realizar o projeto de intervenção com mais qualidade de forma como preconiza o MS para cada ação programática.

Ainda, o texto inicial não teve a mesma organização do relatório de análise situacional. Não foram analisadas nossas coberturas e nem estimativas dos nossos

programas. Não havia observado os indicadores de qualidade como vimos no relatório completo. O relatório nos proporcionou sistematização das informações e analisar, detalhadamente, todas as ações realizadas pela equipe. Identificar e analisar de forma mais aprofundada sobre nosso processo de trabalho.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Consideradas como epidemia na atualidade, as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) constituem sério problema de saúde pública, se caracterizam por ter uma etiologia múltipla, muitos fatores de risco, longos períodos de latência, curso prolongado, origem não infecciosa e, também, por sua associação a deficiências e incapacidades funcionais (BRASIL, 2013). O Brasil não é exceção à tendência observada na maioria dos países. Desde a década de 60, observam-se os processos de transição demográfica, epidemiológica e nutricional no país, que resultam em alterações nos padrões de ocorrência das patologias. Entre elas encontramos a hipertensão arterial sistêmica (HAS) e as doenças respiratórias crônicas e a diabetes mellitus (DM). Nessa perspectiva, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) configura-se como elemento-chave no desenvolvimento das ações de controle da HAS e DM. A ESF, mediante as ações da equipe multidisciplinar, atua na promoção da saúde, na prevenção, recuperação e reabilitação dessas doenças, na manutenção da saúde e no estabelecimento de vínculos de compromisso e de corresponsabilidade (BRASIL, 2013).

A unidade de saúde Morrinhos conta ótima estrutura com sala de recepção, sala de espera com cadeiras, consultórios médicos, consultórios de odontologia, sala de enfermagem, sala de curativos, banheiros para a equipe e outro para os usuários, sala de higienização, espaço para palestras e cozinha. A unidade conta com três equipes, cada equipe compõe-se de quatro agentes comunitários de saúde (ACSs), uma dentista, uma enfermeira, um médico, uma técnica em enfermagem e

uma técnica em saúde bucal. Em relação à população da área adstrita, temos total 2.600 pessoas, para 517 famílias da população rural.

A escolha dessa intervenção foi realizada por meio de reuniões com toda a equipe da UBS onde levamos diversos pontos como por exemplo a comparação do que é preconizado com a nossa cobertura, o número de pessoas que procuram a UBS visando informações sobre a prevenção dessas doenças e de como se tratar das mesmas a fim de evitar posteriores complicações como, por exemplo, o pé diabético. Sendo assim é necessário ir em campo e atuar diretamente com esse público procurando levar informações a respeito da importância de se procurar a UBS para prevenção e/ou tratamento dessas enfermidades. Temos uma população de 1.245 pessoas acima de 20 anos. Na área de abrangência da UBS o número de pessoas assistidas com a doença de diabetes mellitus é 61 (41%) inferior ao preconizado pelo CAP. Para HAS, assistimos 522 (100%), de acordo com o CAP. No entanto, estimamos ter maior número do que a estimativa do caderno. Com relação a adesão da população estes se apresentam de forma regular nas atividades realizadas na atividade. Geralmente, o número de visitas aumenta quando surgem propagandas que intensifiquem a necessidade de se frequentar as unidades de saúde. São desenvolvidas na unidade muitas atividades de estímulos à visitação como campanhas de panfletagens, visitas domiciliares, propagandas no rádio.

Existem aspectos que melhoram a atenção das atividades visando a melhoria da qualidade do atendimento e saúde da população como o que diz respeito aos programas de conscientização de se realizar as visitas as unidades de saúde, isso melhorar a atenção a saúde porque consegue alcançar usuários acometidos pelas doenças e aqueles pertencentes a grupos de riscos. Precisamos melhorar a cobertura de nossa área para estender a toda população assistida, principalmente, em relação aos usuários com DM. E, ainda, que o caderno aponte que assistimos 100% da população com HAS, sabemos que nosso número é maior. Precisamos, também, melhorar os indicadores de qualidade para que todos possam ser 100% em tudo. A intervenção será realizada com apoio de toda a equipe de saúde, com apoio da Secretaria Municipal de Saúde. Assim, só teremos ganhos com a realização da intervenção.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou com diabetes mellitus da ESF Morrinhos, Uruçuí/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura às pessoas com HAS e DM

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

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar os registros das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na ESF Morrinhos, no município de Uruçuí, estado do Piauí. Participarão da intervenção os usuários com HAS e/ou DM pertencentes a área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura dos usuários com HAS e DM

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos usuários com HAS da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos usuários com HAS e DM da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Monitorar o número de diabéticos cadastrados no programa de atenção à hipertensão Arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: O monitoramento das ações será realizado semanalmente. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. Os registros utilizados serão prontuário, caderno de registros, caderno de vacinação, a planilha de coleta de dados e a ficha-espelho programa de atenção aos usuários com HAS e/ou DM. Assim, a cada 7 dias, em reuniões agendadas, os membros da equipe de enfermagem e médico farão checagem dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados e dos registros citados. Desta forma, será verificado a data da próxima consulta, exames, e comunicarão os agentes comunitários de saúde nas reuniões de equipe realizadas na semana.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir o registro dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados no Programa. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde. Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa. Melhorar o acolhimento para os

usuários portadores de diabetes. Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde

Detalhamento: Será realizado o cadastramento de todos os usuários com HAS e/ou DM da área adstrita. O acolhimento será realizado pela enfermeira e técnica em enfermagem da unidade. Os usuários com valores tensionais elevadas ou de glicemia elevada serão assistidos em consulta para ampliar a captação precoce, sem a necessidade de agendamento. Os usuários com HAS e/ou DM que procurarem a UBS com problemas agudos serão assistidos no mesmo turno para agilizar o tratamento e prevenção de complicações. Todos os que vierem a consulta sairão da unidade com a próxima consulta agendada. A secretaria estará encarregada de garantir os materiais para a aferição da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste, todos em perfeito estado e quantidades suficiente ao princípio e durante a intervenção. A técnica de enfermagem será a responsável pelo monitoramento do funcionamento dos materiais durante a intervenção, todas as semanas, se existir algum erro nesses materiais será realizada a troca junto a secretaria de saúde.

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: A comunidade será esclarecida sobre a importância da prevenção e tratamento da hipertensão e diabetes e de suas complicações, e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Será esclarecido sobre a prioridade de atendimento a esse grupo de usuários. Estes esclarecimentos serão realizados por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todas as consultas/atendimentos realizados por toda equipe. Será utilizado também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Serão realizados, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os ACS para o cadastramento de usuários com HAS e/ou DM de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: As capacitações dos profissionais da unidade serão realizadas na própria unidade de saúde, durante as quatro primeiras semanas da intervenção para todo pessoal da saúde. Utilizaremos os protocolos no Ministério da Saúde, ano 2013, com condução do médico e enfermeira.

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

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

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

Indicador: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Faremos o monitoramento da realização do exame clínico apropriado e avaliação mensal dos fatores de riscos encontrados nos exames clínicos realizado por meio do monitoramento e revisão dos arquivos desses usuários, como a ficha espelho, caderno de registro do HiperDia e prontuário médico. Nesse sentido, a enfermeira, o médico e a técnica de enfermagem farão monitoramento semanal e alimentaremos a planilha de coleta de dados que será utilizada. Durante as reuniões semanais da equipe os agentes comunitários de saúde serão comunicados sobre os possíveis atrasos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com HAS e DM. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para

atualização dos profissionais. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Definiremos as atribuições de cada membro no exame clínico de usuários com HAS e DM. Assim, a enfermeira e a técnica de enfermagem irão aferir a pressão arterial sistêmica e realizarão o teste de glicemia na unidade. O médico realizara o restante de exame clínico (físico) e o odontólogo realizará o exame bucal. A enfermeira será a responsável por organizar os dias e temas para a capacitação de forma semanal durante as primeiras quatro semanas, de acordo com o protocolo d MS que serão impressos para cada profissional. A SMS será responsável por fornecer o protocolo atualizado e as devidas cópias.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Estes esclarecimentos serão realizados por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todos as consultas/atendimentos realizados por toda equipe. Será utilizado também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Serão realizados, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: As capacitações dos profissionais da unidade serão realizadas na própria unidade de saúde, durante as quatro primeiras semanas da intervenção para todo pessoal da saúde. Utilizaremos os protocolos no Ministério da Saúde, ano 2013, com condução do médico e enfermeira.

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

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de usuários com HAS e DM com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de usuários com HAS e DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Faremos o monitoramento da realização do exame clínico apropriado e avaliação mensal dos fatores de riscos encontrados nos exames clínicos realizado por meio do monitoramento e revisão dos arquivos desses usuários, como a ficha espelho, caderno de registro do HiperDia e prontuário médico. Nesse sentido, a enfermeira, o médico e a técnica de enfermagem farão monitoramento semanal e alimentaremos a planilha de coleta de dados que será utilizada. Durante as reuniões semanais da equipe os agentes comunitários de saúde serão comunicados sobre os possíveis atrasos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Será garantido a solicitação de exames complementares junto a SMS. Esta ajudará na agilidade devida dos exames complementares permitindo um mínimo de dois dias de demora para sua relação depois da requisição dos exames. Os ACSs serão comunicados sobre os atrasos relacionados aos exames complementares. A ficha espelho funcionará como *check list* das ações e com o monitoramento os ACSs serão avisados sobre os usuários que necessitam realizar exames complementares para ter melhor controle.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: As orientações serão realizadas por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todos as consultas/atendimentos realizados por toda equipe. Será utilizado também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Serão realizadas, também, nos grupos educativos

realizados toda semana na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: As capacitações dos profissionais da unidade serão realizadas na própria unidade de saúde, durante as quatro primeiras semanas da intervenção para todo pessoal da saúde. Utilizaremos os protocolos no Ministério da Saúde, ano 2013, com condução do médico e enfermeira.

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

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

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

Detalhamento: A técnica de enfermeira vai monitorar, semanalmente, o acesso aos medicamentos de farmácia Popular/ HiperDia, de forma direta com os registros que possuem nas farmácias para a liberação dos medicamentos aos usuários. A técnica ficará responsável, também, por verificar o estoque e com a enfermeira solicitar reposição de estoque junto a SMS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: O controle de estoque dos medicamentos será realizado todas as semanas pela nossa técnica de enfermagem. Assim como ficará responsável, com supervisão da enfermeira, do registro das necessidades dos medicamentos necessários a população com HAS e/ou DM.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários 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 orientações serão realizadas por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todas as consultas/atendimentos realizados por toda equipe. Será utilizado também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Serão realizadas, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: As capacitações dos profissionais da unidade serão realizadas na própria unidade de saúde, durante as quatro primeiras semanas da intervenção para todo pessoal da saúde. Utilizaremos os protocolos no Ministério da Saúde, ano 2013, com condução do médico e enfermeira.

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

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar os usuários com HAS e DM que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: A cada 7 dias, em reuniões agendadas, o odontólogo e técnica em odontologia farão checagem dos registros dos usuários com HAS e/ou DM monitorando os usuários que necessitam de atendimento odontológico. Desta forma, será verificado a data da próxima consulta, exames e comunicarão os agentes comunitários de saúde nas reuniões de equipe realizadas na semana.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com HAS e DM. Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos usuários com HAS e DM provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: O acolhimento desses usuários será realizado pela técnica em odontologia da unidade. Os usuários da população com queixas odontológicas serão assistidos na consulta para ampliar a captação e tratamento precoce. Os que buscarem consulta de rotina terão prioridade o agendamento, com demora menor que 3 dias. Todos os que vierem a consulta odontológica sairão da unidade com a próxima consulta agendada.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: As orientações serão realizadas por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todos as consultas/atendimentos realizados por toda equipe. Será utilizado também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Serão realizadas, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com HAS e/ou DM.

Detalhamento: A capacitação será mediada pelo dentista durante as nossas capacitações que ocorrerão nas primeiras 4 semanas de intervenção.

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

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: O monitoramento das ações será realizado semanalmente. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe, enfermeira, técnica de enfermagem e médico. Os registros utilizados serão prontuário médico, odontológico, caderno de registro e ficha espelho. Assim, a cada 7 dias, em reuniões agendadas, a equipe toda, farão checagem dos cadastrados e dos registros citados. Desta forma, será verificada se as consultas estão em dia.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher os usuários com HAS e DM provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será realizado a pesquisa de todos os faltosos da população alvo da área adstrita pelos ACSs e técnica de enfermagem, de forma semanal nas visitas domiciliares, com o transporte disponibilizado pela SMS. O acolhimento dos usuários será realizado pela enfermeira da unidade, que será imediato sem a necessidade de agendar consulta. A enfermeira organizará a agenda para que os provenientes das buscas domiciliares que procurarem a UBS com problemas sejam assistidas no mesmo turno para agilizar o tratamento precoce. Os que buscarem consulta de rotina terão prioridade o agendamento, com demora menor que 3 dias. Todos os que vierem a consulta sairão da unidade com a próxima consulta agendada.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: A comunidade será esclarecida sobre a importância da periodicidade das consultas na unidade de saúde. Será esclarecido sobre a prioridade de atendimento à população alvo. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários com diabetes e hipertensão será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe e em todas as consultas/atendimentos. Assim como nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os ACS para a orientação de usuários com HAS e DM quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: As capacitações dos profissionais da unidade serão realizadas na própria unidade de saúde, durante as quatro primeiras semanas da intervenção para todo pessoal da saúde. Utilizaremos os protocolos no Ministério da Saúde, ano 2013, com condução do médico e enfermeira.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a qualidade dos registros de usuários com HAS e DM acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: O monitoramento será realizado semanalmente pela enfermeira e técnica de enfermagem, monitorando a qualidade dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. Desta forma, será verificado qualidade e a possível correção de erros.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Será continuado a implantação da ficha de acompanhamento, ficha espelho, a equipe será orientada sobre o registro adequado das informações. As informações do SIAB serão atualizadas semanalmente pela enfermeira que, também, irá monitorar os registros. As situações de alertas de atrasos nas consulta e exames ou outro tipo de atendimento, a enfermeira e o

médico atuarão para dar solução. Serão consultados no mesmo dia e se estabelecerá convênio com a secretaria da prioridade de exames para estes usuários da população alvo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: A comunidade será esclarecida sobre a importância da periodicidade das consultas na unidade de saúde. Será esclarecido sobre a prioridade de atendimento à população alvo. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários com diabetes e hipertensão será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe e em todas as consultas/atendimentos. Assim como nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários com HAS e com DM. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: As capacitações dos profissionais da unidade serão realizadas na própria unidade de saúde, durante as quatro primeiras semanas da intervenção para todo pessoal da saúde. Utilizaremos os protocolos no Ministério da Saúde, ano 2013, com condução do médico e enfermeira.

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

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de usuários com HAS e com DM com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: O monitoramento das ações será realizado semanalmente. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da

equipe, enfermeira, técnica de enfermagem e médico. Os registros utilizados serão prontuário médico, caderno de registro e ficha espelho. Assim, a cada 7 dias, em reuniões agendadas, a equipe toda, farão checagem dos cadastrados e dos registros citados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Os usuários avaliados como de alto risco serão assistidos no mesmo turno para agilizar o tratamento e prevenção das complicações precoces. Os que buscarem consulta de rotina terão prioridade o agendamento, com demora menor que 3 dias. Sairão da unidade com a próxima consulta agendada.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: A comunidade será orientada dos riscos que estão expostos e sobre a importância do acompanhamento e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. Será esclarecido sobre a prioridade de atendimento desse grupo alvo. Este esclarecimento será realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pela equipe, cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todos as consultas/atendimentos realizados por toda equipe. Será utilizado, também, textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares sobre o adequado controle de fatores de risco modificáveis. Esse esclarecimento será realizado, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários, serão discutidos esses temas a fim esclarecer as dúvidas na modificação dos fatores de risco.

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: As capacitações dos profissionais da unidade serão realizadas na própria unidade de saúde, durante as quatro primeiras semanas da intervenção para todo pessoal da saúde. Utilizaremos os protocolos no Ministério da Saúde, ano 2013, com condução do médico e enfermeira.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários com HAS e com DM.

Detalhamento: O monitoramento das orientações será realizado semanalmente. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. E também nas visitas domiciliares e consultas mediante o conhecimento adquirido pelo usuário sobre riscos do tabagismo, a importância da saúde bucal, a atividade física e saúde nutricional. Desta forma, será verificado a adesão dos usuários às orientações feitas pela equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Será realizado práticas coletivas para orientação de atividade física e sobre alimentação nutricional semanalmente na unidade de saúde contando com a ajuda do nutricionista e educadores físicos do município.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários com HAS e com DM e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Essas orientações serão realizadas por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todos as consultas/atendimentos realizados por toda equipe. Será utilizado também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Esses esclarecimentos serão realizados, também,

nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade, líderes comunitários, com a ajuda do nutricionista da área e educadores físicos, serão discutidos esses temas a fim esclarecer as dúvidas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: As capacitações dos profissionais da unidade serão realizadas na própria unidade de saúde, durante as quatro primeiras semanas da intervenção para todo pessoal da saúde. Utilizaremos os protocolos no Ministério da Saúde, ano 2013, com condução do médico, enfermeira e nutricionista.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com HAS e com DM.

Detalhamento: O monitoramento das orientações será realizado semanalmente. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. E, também, nas visitas domiciliares e consultas mediante o conhecimento adquirido pelo usuário sobre riscos do tabagismo, a importância da saúde bucal, a atividade física e saúde nutricional. Desta forma, será verificado a adesão dos usuários às orientações feitas pela equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: Será realizado práticas coletivas para orientação de atividade física e sobre alimentação nutricional semanalmente na unidade de saúde contando com a ajuda do nutricionista e educadores físicos do município.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar usuários com HAS e com DM e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Essas orientações serão realizadas por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todas as consultas/atendimentos realizados por toda equipe. Será utilizado também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Esses esclarecimentos serão realizados, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade, líderes comunitários, com a ajuda do nutricionista da área e educadores físicos, serão discutidos esses temas a fim esclarecer as dúvidas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: As capacitações dos profissionais da unidade serão realizadas na própria unidade de saúde, durante as quatro primeiras semanas da intervenção para todo pessoal da saúde. Utilizaremos os protocolos no Ministério da Saúde, ano 2013, com condução do médico, enfermeira e do educador físico.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com HÁ e DM.

Detalhamento: O monitoramento das orientações será realizado semanalmente. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. E, também, nas visitas domiciliares e consultas mediante o conhecimento adquirido pelo usuário sobre riscos do tabagismo, a importância da saúde bucal, a atividade física e saúde nutricional. Desta forma, será verificado a adesão dos usuários às orientações feitas pela equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: O médico e enfermeira demandará junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono do tabagismo, na primeira semana da intervenção, e durante o decorrer da intervenção se for preciso. Serão entregues na farmácia da unidade de saúde e durante as conversas com os usuários que precisem.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Essas orientações serão realizadas por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todas as consultas/atendimentos realizados por toda equipe. Será utilizado também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Esses esclarecimentos serão realizados, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade, líderes comunitários, com a ajuda do nutricionista da área e educadores físicos, serão discutidos esses temas a fim esclarecer as dúvidas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde

Detalhamento: As capacitações dos profissionais da unidade serão realizadas na própria unidade de saúde, durante as quatro primeiras semanas da intervenção para todo pessoal da saúde. Utilizaremos os protocolos no Ministério da Saúde, ano 2013, com condução do médico e enfermeira.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários com HAS e DM.

Detalhamento: O monitoramento das orientações será realizado semanalmente. Este se dará por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. E, também, nas visitas domiciliares e consultas mediante o conhecimento adquirido pelo usuário sobre riscos do tabagismo, a importância da saúde bucal, a atividade física e saúde nutricional. Desta forma, será verificado a adesão dos usuários às orientações feitas pela equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: A equipe se responsabilizará em organizar um tempo médio de consultas para que todas as ações sejam realizadas com qualidade e de acordo com o protocolo do MS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários com HAS e DM e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Essas orientações serão realizadas por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, cartazes na unidade, escola, igreja e, também, realizado em todas as consultas/atendimentos realizados por toda equipe. Será utilizado também textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Esses esclarecimentos serão realizados, também, nos grupos educativos realizados toda semana na unidade. Nas reuniões mensais realizadas com as pessoas da comunidade, líderes comunitários, com a ajuda do dentista, serão discutidos esses temas a fim esclarecer as dúvidas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: As capacitações dos profissionais da unidade serão realizadas na própria unidade de saúde, durante as quatro primeiras semanas da

intervenção para todo pessoal da saúde. Utilizaremos os protocolos no Ministério da Saúde, ano 2013, com condução do médico, enfermeira e dentista.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos Diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

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

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

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

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

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

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

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar nossa intervenção no Programa de Atenção às pessoas com HAS e/ou DM na UBS Morrinhos, utilizaremos os Cadernos da Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica (nº 37) e Diabetes Mellitus (nº 36) do Ministério da Saúde de 2013 (BRASIL, 2013), facilitado pela Secretaria Municipal de Saúde do Município de Uruçuí. Já temos cópias suficientes para todas as equipes e para garantir um trabalho adequado com os usuários. Utilizaremos a Caderneta do Hipertenso e do

Diabético, prontuários clínicos e ficha-espelho de Saúde às pessoas com HAS e/ou DM disponibilizada pelo curso de especialização. Estimamos alcançar com a intervenção 542 pessoas com hipertensão e 149 pessoas com diabetes, de acordo com a estimativa do CAP. Assim, a enfermeira da equipe ficará responsável por solicitar todas as cópias necessárias para o gestor municipal, teremos 691 fichas-espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso de especialização. Será utilizado o computador da UBS e computador pessoal.

Para organizar o registro específico, a enfermeira revisará o livro de registro dos usuários com HAS e/ou DM identificando todos os usuários que vieram ao serviço nos últimos três meses. A arquivista localizará os prontuários clínicos e o médico transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho, realizando, ao mesmo tempo, o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais, atraso em vacinas.

O monitoramento periódico de cobertura e de qualidade do programa será realizado pela enfermeira que revisará todas as semanas o livro de registro e as fichas-espelho. Assim, poderemos identificar os usuários com atrasos em consultas, exames. Todos os profissionais serão orientados e capacitados sobre a responsabilidade de manter vigilância e atualização dos registros. Para monitorar o atendimento odontológico, a técnica odontológica, revisará ficha-espelho, prontuários e cadernetas daqueles usuários pendentes de avaliação odontológica. Assim como fazer o diagnóstico de doenças odontológicas primárias, todos os meses serão resumidos os dados e cria-se uma lista dos priorizados deixando cinco vagas semanais para esses usuários. Temos na unidade os materiais necessários para atendimento odontológico e avaliação da saúde bucal dos usuários.

Buscaremos, também, junto ao gestor garantir o fornecimento de material para a realização da tomada da medida de PA, assim como, garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, com o material em quantidade adequada para aferição de pressão arterial (tipo adulto pequeno, adultos e adultos grande). Para os esfigmomanômetros temos aparelhos em ótimas condições de uso e suficientes. Todos esses foram calibrados em janeiro de 2015. Também fitas métricas inelásticas para uso na unidade, todas em bom estado de uso e com perfeitas possibilidades de uso durante a intervenção.

Para realização do hemoglicoteste, temos disponível aparelhos em quantidades suficientes. Para as fitas utilizadas, realizaremos os pedidos com quantidade estimada. Para estes itens, o gestor mostra-se disposto a oferecer de maneira rápida a quantidade que for necessária. Importante destacar que a técnica de enfermagem e a enfermeira ficarão responsáveis pela manutenção e fornecimento dos materiais acima descritos.

Para ajudar realizar o cadastro e ao mesmo tempo sensibilizar a comunidade com nosso projeto na área adstrita. Vai-se responsabilizar os membros líderes de cada zona rural para apoiar o projeto de intervenção, junto aos agentes de saúde. Em nossas viagens, a equipe fará a busca ativa dos usuários que não tiverem comparecido no serviço.

Após decidirmos sobre nosso foco de intervenção, levamos aos gestores de saúde do município a necessidade de capacitação de todas as equipes da unidade de saúde. Propomos, inclusive, capacitação das equipes de todas as unidades de saúde do município. A Secretaria Municipal de Saúde ficou responsável em oferecer essa capacitação a todos os trabalhadores. A nível de nossa UBS, faremos capacitações semanais após nossa reunião de equipe semanal. Cada capacitação terá duração de duas horas e será durante as quatro primeiras semanas de intervenção. A enfermeira e o médico ficarão responsáveis pela capacitação e utilizaremos projetor multimídia disponível na UBS. Nossa sala de reunião comporta todos os membros da equipe e todos os membros da equipe estão cientes de nossas capacitações. Utilizaremos o os Cadernos da Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica (n^o 37) e Diabetes Mellitus (n^o 36) do Ministério da Saúde de 2013 (BRASIL, 2013) que já temos disponível na UBS. Tentaremos, também, apoio e participação do pessoal do NASF.

Para viabilizar a ação de acolhimento e priorizar este programa, o serviço de acolhimento será realizado pela técnica de enfermagem e deverá organizar o acolhimento na unidade de saúde todos os dias. Aqueles que procurarem atendimento de rotina terão prioridade no agendamento sendo que a demora será menor que cinco dias, tendo em conta a carga assistencial da unidade de saúde. A quinta-feira de cada semana prioriza-se o atendimento em consulta, deixando sempre agendada a próxima consulta. O acolhimento à demanda espontânea será realizado em local “mais reservado” (sala do Acolhimento) para realizar escuta

atenta num local adequado que não seja a recepção, corredores, e que o usuário possa expressar adequadamente as necessidades garantindo a privacidade. A enfermeira e o médico garantirão que terão em sua agenda vaga para atendimento da demanda.

No que tange a atenção em saúde bucal pretendemos traçar uma “agenda compartilhada” com a equipe de Saúde Bucal para que viabilizem uma organização para as consultas programáticas em especial para aqueles que apresentam maior vulnerabilidade para as doenças bucais. Estas prioridades poderão, por exemplo, demandar dos atendimentos clínicos quando diante da anamnese e exame físico ao detectarmos problemas bucais em nossos usuários que possamos encaminhá-los para avaliação e estabelecimento de plano de tratamento adequado à situação.

Os ACSs farão busca ativa dos faltosos às consultas agendadas bem como daqueles que não estão realizando seguimento em nenhum serviço. Estima-se cinco por semana, totalizando 20 por mês. Nesta visita será agendado o dia para consulta de seguimento, conforme disponibilidade do usuário. Ao final de cada mês, as informações coletadas semanalmente nas fichas-espelho serão consolidadas na planilha eletrônica de coleta de dados.

Junto ao gestor, buscaremos viabilizar o deslocamento dos outros profissionais da equipe quando necessária a visita domiciliar aos usuários de risco que não possa se deslocar até à UBS, usando o carro oferecido pela Secretária Municipal de Saúde para visitas domiciliárias. Nessas visitas, devem participar todos os membros da equipe para garantir qualidade no processo de educação em saúde e aumentar o vínculo da equipe com a família.

No eixo de engajamento público, para o fortalecimento da promoção de saúde de nossa população alvo devemos fazer ações educativas individuais e coletivas, feitas em cada visita pela equipe e na área da UBS. Os encontros grupais ocorrerão na unidade de saúde e nas zonas rurais. Utilizaremos grupos com rodas de conversa para interagir melhor com a população. Os cartazes e material serão disponibilizados pela Secretaria Municipal de Saúde e confeccionados pelos ACSs e equipe. Divulgaremos, também, pelos cartazes, consultas e visitas o horário das reuniões.

Monitoramento da intervenção																	
Atividades de orientações voltadas à comunidade																	
Checagem dos estoques de medicamentos e materiais adequados para a tomada da medida da pressão arterial, perímetro abdominal, de quadril, peso e altura e glicemia capilar (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica balança de adulto, glicosímetro)																	

1 - As visitas domiciliares realizadas pelo médico, enfermeira e técnico de enfermagem serão agendadas conforme a necessidade.

3 Relatório da Intervenção

A intervenção foi realizada na ESF Morrinhos do município Uruçuí, estado do Piauí, nos meses abril, maio e junho. Antes da intervenção, trabalhávamos somente uma equipe para nossa área de abrangência. Mas, como nossa área é zona rural e os assentamentos estão localizados muito distantes, foi incorporada mais uma equipe para a área de abrangência de nossa equipe. Assim, a área de abrangência de nossa equipe, com 2.600 habitantes, foi incorporada mais uma equipe e passamos a trabalhar com duas equipes para uma mesma área. Tal fato se deu, também, porque a área da outra equipe era pequena. A equipe que esteve conosco possui quatro ACSs, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e um médico. Conseguimos incorporar a outra equipe em nossa intervenção. Desta forma, trabalhamos com duas equipes em nossa área que, antes, era seis zonas rurais e foi dividida em três zonas para cada equipe. Assim, ao final, ficamos com a mesma população que tínhamos durante a análise situacional, mas com duas equipes de saúde. Ressalta-se que o projeto de intervenção foi elaborado para que a intervenção ocorresse em 16 semanas. Mas, por determinação da coordenação do curso de especialização em saúde da família da UFPel, a intervenção foi de 12 semanas de intervenção.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O monitoramento da cobertura e da qualidade do programa foi realizado semanalmente, às quintas feiras, por meio dos registros utilizados: prontuário clínico, caderno de doenças crônicas não transmissíveis, caderno de vacinação, a planilha de coleta de dados e a ficha-espelho do programa de atenção aos usuários com HAS e/ou DM. Nessas reuniões, os membros da equipe toda fizeram a checagem

dos usuários cadastrados e dos registros citados. Desta forma, foram verificados a data da próxima consulta, exames, a correta realização da estratificação de risco e os usuários faltosos, além de verificados a qualidade e a possível correção de erros nos registros. Nossas áreas ficam muito distantes, o que dificulta o acesso, e devido a compromisso com outras obrigações do trabalho além da intervenção, a cobertura da população alvo não foi como se desejava as primeiras semanas, mas alcançamos a cobertura de 100% da população pertencente à unidade de saúde.

A técnica de enfermagem monitorou, todas as semanas, o acesso aos medicamentos de farmácia Popular/HiperDia com os registros que possuem estas farmácias para a liberação dos medicamentos aos usuários. O monitoramento das orientações de promoção a saúde e prevenção às doenças foi realizado quinzenalmente pela enfermeira. Por meio dos registros utilizados e realizados pelos profissionais da equipe. Fizemos orientações, também, durante as visitas domiciliares e consultas médicas. Nas próximas visitas e consultas, verificávamos a adesão dos usuários às orientações feitas pela equipe.

Na primeira semana se realizou uma pequena reunião com ambas as equipes de saúde para apresentar a intervenção previamente conhecida na divulgação do projeto de intervenção, onde se solicitou o apoio para a logística da intervenção, definição do papel de todos os profissionais nas ações programáticas, organização para a impressão das fichas-espelhos necessárias para o desenvolvimento do projeto de intervenção.



Figura 1 – Membros da equipe da UBS Morrinhos. Uruçuí, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio

Conseguimos realizar o cadastramento e acompanhamento das pessoas de toda nossa área de abrangência. O acolhimento foi realizado pela enfermeira e técnica em enfermagem da unidade de saúde. Os usuários com valores tensionais ou de glicemia elevados foram assistidos em consulta ampliando a captação precoce, sem a necessidade de agendar consulta. Durante o todo o período de intervenção tivemos todos os materiais e recursos para a correta aferição de pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste, todos em perfeito estado e quantidades suficientes. Somente um dia que acabaram as fitas para o teste de glicemia, mas o problema foi resolvido com prontidão. A técnica de enfermagem foi a encarregada do monitoramento do funcionamento desses materiais durante a intervenção.

Para o exame clínico dos usuários, a enfermeira e a técnica de enfermagem aferiram a pressão e realizaram o teste de glicemia na unidade. O médico realizou o restante de exame clínico (físico) e o odontólogo realizou o exame bucal.



Figura 2 – Atendimento clínico. Uruçuí, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio



Figura 3 – Atendimento clínico. Uruçuí, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio

A enfermeira foi a encarregada de organizar os dias e temas para a capacitação semanal durante as primeiras quatro semanas. Assim, se atualizou os profissionais, com as versões atualizadas dos protocolos que tínhamos em nossa unidade de saúde. A Secretaria Municipal de Saúde ajudou na agilização dos exames complementares permitindo dois dias de demora para realização após a solicitação médica, como já tinha sido planejado por nós. Estabelecemos sistema de alerta realizado pela técnica de enfermagem que checava os exames complementares realizados e o controle de estoque de medicamentos. Os usuários com queixas odontológicas foram assistidos em consulta para ampliar a captação e tratamento precoce. Deles os que buscaram consulta de rotina tiveram prioridade o agendamento, com demora menor que 3 dias. Todos os que vieram a consulta odontológica saíram da unidade com a próxima consulta agendada.



Figura 4 – Visita domiciliar. Uruçuí, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio

Foi realizada busca de todos os faltosos pelos ACSs e técnica de enfermagem, de forma semanal nas visitas domiciliares, com o transporte oferecido pela Secretaria Municipal de Saúde. O acolhimento dos usuários foi realizado pela enfermeira da unidade, de forma imediata sem a necessidade de agendar consulta. Os provenientes das buscas domiciliares que procuraram a UBS com problemas foram assistidos no mesmo turno para agilizar o tratamento precoce. Os que buscaram consulta de rotina tiveram prioridade no agendamento, com demora menor que 3 dias.

Conseguimos manter adequados os registros das informações em nossos registros, inclusive, ficha-espelho. Mantemos as informações do SIAB atualizadas semanalmente pela enfermeira, que foi a responsável pelo monitoramento dos registros. Ante situações de alertas de atrasos nas consulta e exames ou outro tipo de atendimento a enfermeira e o médico atuaram para dar solução as mesmas.

Foram realizadas práticas coletivas para orientações de promoção a saúde e prevenção as doenças na unidade de saúde, contamos com a ajuda do nutricionista e educadores físicos do município. O médico e enfermeira demandaram ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono do tabagismo, que foram entregues na farmácia da unidade de saúde e durante as conversas com os usuários que precisaram depois da avaliação com o médico e com acompanhamento do psiquiatra que trabalha no município. Realizamos práticas

coletivas na unidade de saúde e, também, nas zonas rurais. Os usuários gostaram e participaram com perguntas e elogios.



Figura 5 – Grupos coletivos. Uruçuí, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio



Figura 6 – Grupos coletivos. Uruçuí, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio



Figura 7 – Grupos coletivos. Uruçuí, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio

Fizemos esclarecimentos e orientações à comunidade por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe, cartazes na unidade, escola, e também, realizado em todas as consultas/atendimentos pela equipe. Foram utilizados, também, textos educativos e distribuídos na comunidade durante as visitas domiciliares. Conseguimos realizar os contatos e os gestores e líderes da comunidade. Foram cumpridas 16 atividades de educação em saúde na comunidade com temas relacionados com o objetivo da intervenção e participaram todo o pessoal do CRAS e NASF (assistente social, psicóloga e fisioterapeuta). Algumas atividades não foram cumpridas em data do cronograma porque foram prejudicadas pela ausência da diretora do centro, chuva ou problemas de transporte quando era para ser feita na zona rural, mas foram cumpridas em outra data.

Durante as atividades, a equipe percebeu a pouca percepção dos riscos da população ante as doenças e os incorretos hábitos alimentares. A ajuda da população às ações foi grande, nas comunidades se realizou em praças e, quando foram realizadas na unidade, a mesma ficou lotada. A população esteve muito interessada sobre o que deviam comer e hábitos saudáveis. Em cada um dos encontros, a Secretaria Municipal de Saúde ofereceu lanche, aproveitando para mostrar a variedade de alimentos saudáveis que é preciso incrementar na dieta dos usuários do nosso programa. Conversamos, também, sobre a culinária vegetariana e diferentes tipos e variedades de pratos com frutas e vegetais.

Ouvimos as opiniões da comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários com diabetes e hipertensão arterial sistêmica, o que foi realizado por meio das visitas domiciliares realizadas pelos membros da equipe e em todas as consultas/atendimentos. Assim como nas reuniões realizadas com as pessoas da comunidade e líderes comunitários.

A capacitação da equipe aconteceu a cada sete dias nas quatro primeiras semanas da intervenção, com mediação do médico e da enfermeira. Foram realizadas na unidade de saúde, após as reuniões de equipes. Utilizamos projetores multimídia e nos embasamos nos cadernos de atenção do Ministério da Saúde, conforme o previsto em nosso projeto de intervenção.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Durante a intervenção, tivemos problemas na ação da realização do teste de glicemia em dia porque foi impossível realiza-lo por falta de fitas na unidade, dificuldade que foi resolvida prontamente. Tivemos um atraso nas consultas de odontologia por falta de odontólogo, problema que foi solucionado rapidamente.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Ao princípio, existiu um pouco de dificuldade na adaptação ao preenchimento das planilhas de coleta de dados, mas depois ficou fácil a compreensão de como utilizá-la. A ficha-espelho é bem formulada e somente nos ajudou, não tivemos dificuldade. Inclusive, nos ajudou na coleta dos dados e fechamentos das planilhas de coleta de dados. Para os dados qualitativos, foi elaborado diários de intervenção semanais e com acompanhamento da orientadora do curso de especialização. Tentei ser muito detalhista durante os relatos semanais, para que, mesmo distante, fosse compreendida nossa intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações previstas no projeto todas estão vinculadas com a rotina da UBS porque se aproveita todos as atividades diárias para aplicar o projeto, exemplos: busca ativa de faltosos, priorizar o atendimento odontológico, realizar atividades de educação em saúde. Ambas as equipes estão empenhadas de que o projeto cumpra seus objetivos e metas. Ao final do dia na unidade de saúde ao retorno das zonas rurais dos dias de viagem, a enfermeira realizava a somatória das duas equipes para ser colocado na planilha definitiva.

Ainda falta muito por fazer, mas com certeza a equipe tem aumentado o nível de conhecimento durante as qualificações profissionais, temos engajado a comunidade nas atividades de educação de prevenção e promoção de saúde assim como o envolvimento dos líderes comunitários no gerenciamento e solução dos problemas apresentados na busca de estratégias. E, o mais importante, tem-se mantido uma estabilidade no seguimento, controle e avaliação das atividades durante o monitoramento constante que tem permitido que todas as ações tenham sido incorporadas na rotina no serviço da UBS. Nosso trabalho continua.

4 Avaliação da intervenção

Antes de apresentarmos os resultados, cabe destacar que o CAP estima que temos 522 usuários com HAS e 149 usuários com DM em nossa área de 2.600 habitantes. Antes de iniciarmos a intervenção, tínhamos cadastrados 542 (“acima” de 100%) usuários com HAS e 61 (41%) usuários com DM em nossa área de abrangência. Ou seja, sempre tivemos usuários com HAS acima da estimativa do CAP. Ao final da intervenção, conseguimos cadastrar e acompanhar 613 (100%) usuários com HAS e 76 (51%) usuários com DM. Comprovando, assim que, mesmo com 100% de usuários assistidos de acordo com a estimativa do CAP, tínhamos mais usuários em nossa área que precisavam de nossa atenção. Desta forma, utilizamos o denominador de 613 para HAS (número real da unidade de saúde) e 149 para DM (estimado pelo CAP).

4.1 Resultados

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

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

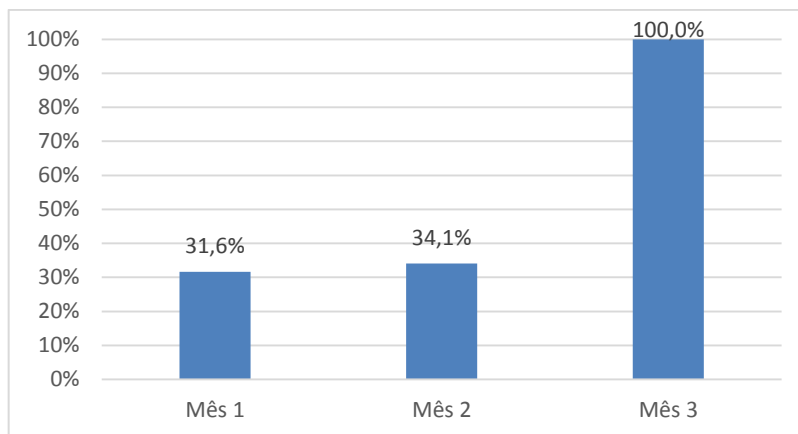


Figura 8 – Cobertura do programa de atenção às pessoas com HAS da UBS Morrinhos. Uruçuí, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio

Como podemos observar na figura 8, no primeiro mês, foram acompanhados 194 (31,6%) usuários com HAS; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 209 (34,1%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 613 (100%) usuários com HAS. Antes da intervenção, a unidade tinha cadastrados mas não acompanhados 542 (100%) usuários, porcentagem acima do estimado (522) pelo CAP. Esta porcentagem acima estimasse que pode ser devido aos hábitos alimentares ricos em comidas gordurosas, salgadas e carboidratos, assim como ao predomínio da população idosa. Muitas destas pessoas já tinham diagnósticos de hipertensão, mas não eram acompanhadas pela equipe, ao final da intervenção foram diagnosticados 16 hipertensos. Sendo realizados os diagnósticos pelo estipulado nos protocolos dos Cadernos da Atenção Básica: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica (n^o 37) e Diabetes Mellitus (n^o 36) do Ministério da Saúde de 2013. Percebe-se o aumento dos usuários acompanhados do 2^o para o 3^o mês, pelo fato de ter sido incorporada uma equipe para o trabalho de mutirões agendado para as zonas rurais independente da intervenção, mas que usou-se para dentro do marco dos mutirões realizar a intervenção.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

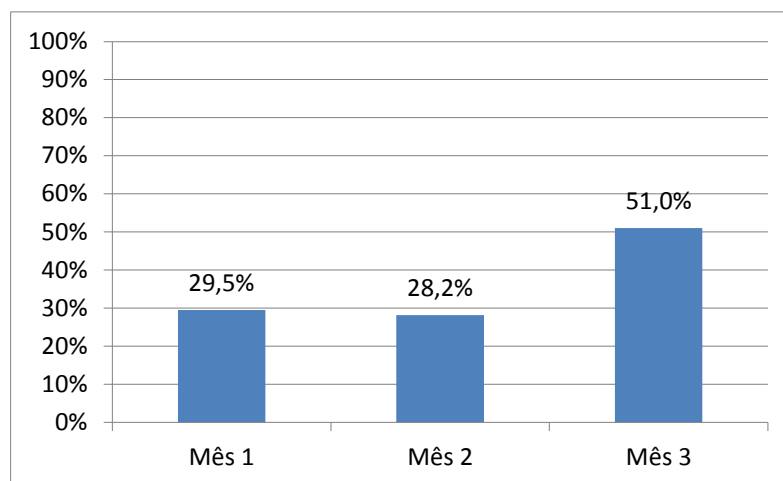


Figura 9 - Cobertura do programa de atenção às pessoas com DM da UBS Morrinhos. Uruçuí, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio

Como podemos observar na figura 9, no primeiro mês, foram acompanhados 44 (29,5%) usuários com DM; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 42 (28,2%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 76 (51%) usuários com DM. Antes da intervenção, a unidade tenha cadastrados mas não acompanhados 61 (41%) usuários, de acordo com a estimativa do CAP. Ainda que tenhamos utilizado a estimativa do CAP para o denominador de cobertura dos usuários com DM, por coerência com o relatório de análise situacional, acreditamos ter cadastrado e acompanhado todos os usuários com DM de nossa área de abrangência. Durante o mês dois, tivemos dois falecidos com DM e o indicador se mostrou estacionário, pois nas comunidades que visitamos a população era pequena e de faixa etária relativamente jovem e não se encontrou usuários com DM.

Podemos notar nas figuras 8 e 9 o aumento do número de usuários assistidos no terceiro mês, fato dado pela mudança das equipes durante quase o mês todo para a zona rural. Nos meses anteriores, somente visitávamos as zonas rurais duas vezes por semana. Assim, conforme agendamento prévio da Secretaria Municipal de Saúde, ficamos as duas equipes durante quase o mês três todo na zona rural para diversas ações de saúde na área de nossa abrangência. Pudemos realizar diversas ações de saúde, como prevenção de câncer de colo de útero, imunizações, e realizar nossa intervenção também. Além disso, conseguimos esse número alto porque trabalhamos duas equipes durante a intervenção.

Durante a intervenção, nossa principal dificuldade foi distância entre as zonas rurais cadastradas na unidade e o acesso a elas. Mas, com a ajuda da Secretaria Municipal de Saúde com o transporte e o combustível, foram feitas todas

as atividades e visitas domiciliares planejadas. Só que para os usuários se deslocarem até a unidade é muito difícil, diminuindo os indicadores de cobertura nas primeiras oito semanas, problema que foi resolvido nas últimas semanas já que as equipes se deslocaram mais vezes para a zona rural, alcançando 100% da cobertura.

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

Conseguimos realizar exame clínico apropriado em todos os usuários cadastrados e acompanhados em nossa UBS. Assim, no primeiro mês, foram acompanhados 194 (100%) usuários com HAS; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 209 (100%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 613 (100%) usuários com HAS.

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

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

Conseguimos realizar exame clínico apropriado em todos os usuários cadastrados e acompanhados com DM em nossa UBS. Assim, no primeiro mês, foram acompanhados 44 (100%) usuários com DM; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 42 (100%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 76 (100%) usuários com DM.

Este indicador, durante os três meses de intervenção, se manteve em 100%. Mas, o trabalho foi intenso, assim como importante foi a ajuda Secretaria Municipal de Saúde para a mobilização da equipe e dos usuários quando era necessário. Resultado, também, das estratégias adotadas, onde a equipe de saúde após o acolhimento, a triagem e o cadastro, priorizava esses usuários na UBS ou na área designada durante o trabalho na zona rural. E, logo em seguida, os mesmos eram avaliados pela enfermeira e/ou pelo médico e realizado o exame clínico.

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

Conseguimos garantir realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo em todos os usuários cadastrados e acompanhados em nossa UBS. Assim, no primeiro mês, foram acompanhados 194 (100%) usuários com HAS; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 209 (100%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 613 (100%) usuários com HAS.

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

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

Conseguimos garantir realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo em todos os usuários cadastrados e acompanhados em nossa UBS. Assim, no primeiro mês, foram acompanhados 44 (100%) usuários com DM; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 42 (100%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 76 (100%) usuários com DM.

Muitos usuários receberam a indicação de exame solicitada pelo médico particular e foram avaliados, também, na UBS, integrando-os à intervenção. Cumprir essa meta tem sido muito difícil já que a demanda que apresenta o laboratório da sede do município é muito alta, além da distância das zonas rurais, problema este que foi resolvido com a ajuda da prefeitura na movimentação dos usuários ao laboratório da cidade que funciona pelo SUS, para a realização de exames complementares. Já que, a grande maioria, não tem condições econômicas muito boas.

Já havíamos estabelecido esse acordo desde a primeira semana da intervenção, nas reuniões com os gestores do município, que o bioquímico que trabalha em parceria com o SUS, nos ajudasse na retroalimentação entre o laboratório e a unidade de saúde, ajudando a pesquisa dos usuários faltosos ao laboratório. Com dois dias antes era passado para o laboratório a listagem dos usuários que iriam fazer exames. Posteriormente, era repassado para nossa unidade de saúde o nome dos usuários com HAS e/ou DM que não foram realizar os exames complementares, assim como aquelas coletas não úteis e que precisavam ser refeitas, fundamentalmente, para realizar a busca ativa na área de abrangência.

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

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

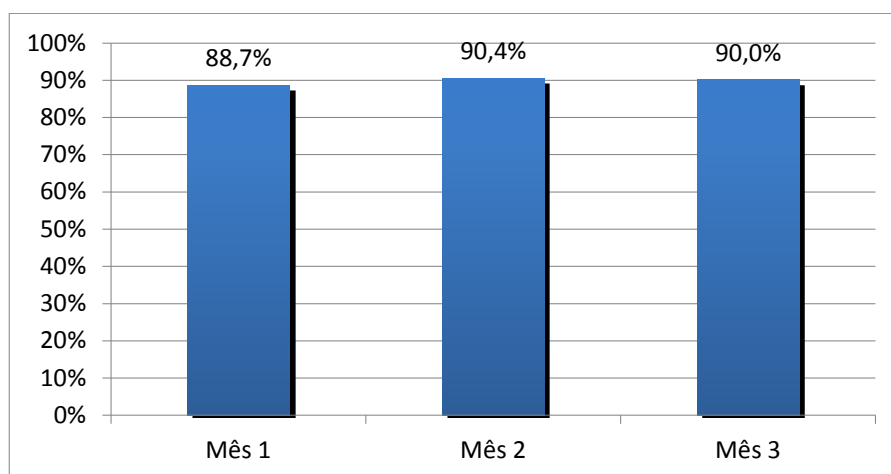


Figura 10 – Proporção de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia na UBS Morrinhos. Uruçuí, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio

Como podemos observar na figura 10, no primeiro mês, foram acompanhados 172 (88,7%) usuários com HAS; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 189 (90,4%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 552 (90,0%) usuários com HAS.

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

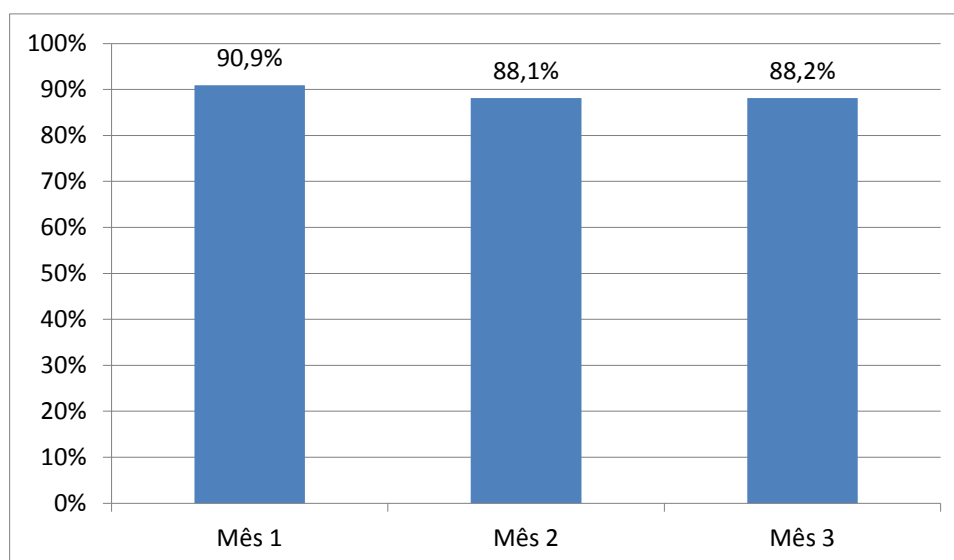


Figura 11 – Proporção de pessoas com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia na UBS Morrinhos. Uruçuí, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio

Como podemos observar na figura 11, no primeiro mês, foram acompanhados 40 (90,9%) usuários com DM; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 37 (88,1%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 67 (88,2%) usuários com DM.

Infelizmente não conseguimos alcançar nossa meta de 100%. Ocorre que muitos dos tratamentos realizados por nossos usuários são instaurados pelo médico particular que alegam que os medicamentos da farmácia popular são feitos com produtos de baixa qualidade e seu efeito não é o esperado. Ainda, nove usuários apresentavam doenças cardiovasculares graves e não receberam essa prescrição porque a medicação indicada pelos cardiologistas não se encontrava disponível na rede pública. Tivemos quatro usuários que tinham prescrição de medicamentos de especialistas em endócrino que não se encontrava a medicação disponível na rede pública.

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

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

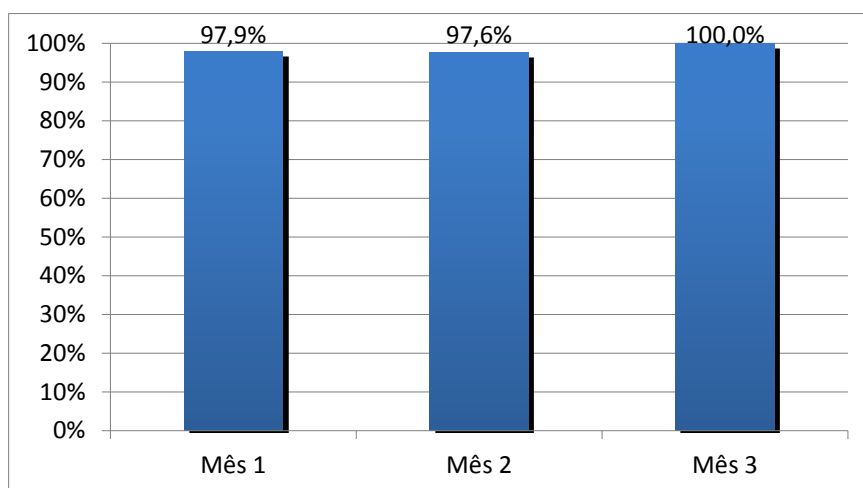


Figura 12 – Proporção de pessoas com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Morrinhos. Uruçuí, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio

Como podemos observar na figura 12, no primeiro mês, foram acompanhados 190 (97,9%) usuários com HAS; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 204 (97,6%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 613 (100%) usuários com HAS.

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

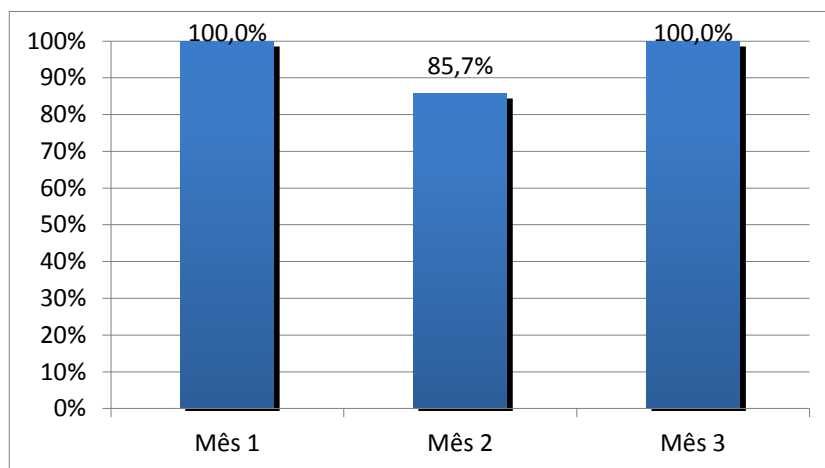


Figura 13 – Proporção de pessoas com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Morrinhos. Uruçuí, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio

Como podemos observar na figura 13, no primeiro mês, foram acompanhados 44 (100%) usuários com DM; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 36 (85,7%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 76 (100%) usuários com DM.

Essa meta foi atingida porque a avaliação da necessidade de atendimento odontológico acontecia durante os atendimentos clínicos realizados pela enfermeira e pelo médico. Nos primeiros meses, tivemos inconsistência na permanência do odontólogo na equipe, o que foi resolvido com prontidão. Em relação ao segundo mês de intervenção as pessoas com DM, seis usuários não foram assistidos por questões de distância no dia que iriam ser atendidos, foram avaliados no terceiro mês.

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

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

Conseguimos buscar todos os usuários faltosos às consultas na unidade de saúde. No primeiro mês, tivemos um faltoso; no segundo mês, tivemos seis faltosos

e no terceiro mês, também, tivemos seis faltosos. Todos os faltosos receberam visita domiciliar.

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

Conseguimos buscar todos os usuários faltosos às consultas na unidade de saúde. No primeiro mês, não tivemos nenhuma falta; no segundo mês, tivemos um faltoso e no terceiro mês, também, tivemos um faltoso. Todos os faltosos receberam visita domiciliar.

Importante destacar a participação importante dos ACSs na busca ativa dos usuários faltosos. A organização da equipe e o compromisso da comunidade, líderes informais que apoiaram na maioria das buscas ativas, permitiu a realização desta atividade com 100% de buscas. O motivo pelo qual foram faltosos à consulta é devido ao difícil acesso das áreas da zona rurais até o local de consulta, por falta de transporte e as condições climáticas desfavoráveis porque esses dias estava chovendo muito, além da situação econômica precária de muitos deles. Mas, conseguimos o transporte com a Secretaria Municipal de Saúde. Podemos citar que se entregava o nome dos usuários faltosos para o ACSs responsáveis de cada área para estes dar seguimento e marcar o dia da visita.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Conseguimos manter a ficha de acompanhamento de todos os usuários com HAS cadastrados e acompanhados em nossa unidade de saúde. Assim, no primeiro mês, foram acompanhados 194 (100%) usuários com HAS; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 209 (100%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 613 (100%) usuários com HAS.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Conseguimos manter a ficha de acompanhamento de todos os usuários com DM cadastrados e acompanhados em nossa unidade de saúde. Assim, no primeiro mês, foram acompanhados 44 (100%) usuários com DM; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 42 (100%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 76 (100%) usuários com DM.

Conseguimos alcançar nossa meta devido ao trabalho da equipe na revisão das fichas de acompanhamento pela enfermeira e pelo médico. Também, graças ao apoio da Secretaria Municipal de Saúde com o fornecimento dos materiais necessários para a realização dos prontuários e fichas-espelho providenciados.

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

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

Conseguimos realizar estratificação do risco cardiovascular em todos os usuários com HAS cadastrados e acompanhados na unidade de saúde. Assim, no primeiro mês, foram acompanhados 194 (100%) usuários com HAS; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 209 (100%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 613 (100%) usuários com HAS.

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

Conseguimos realizar estratificação do risco cardiovascular em todos os usuários com DM cadastrados e acompanhados na unidade de saúde. Assim, no primeiro mês, foram acompanhados 44 (100%) usuários com DM; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados DM (100%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 76 (100%) usuários com DM.

Graças a excelente trabalho da equipe conseguimos alcançar nossa meta de 100%. Importante assinalar que esses usuários, durante o exame clínico, tiveram a avaliação realizada com relação à presença ou não de pé diabético. Detectamos cinco casos com pé diabético que foram referenciados para o especialista na capital do estado. Um desse usuários estava em estágio avançado da doença e foi necessária a amputação do pé. Em outra usuária foi necessária a amputação de

uma falange do pé direito. Agora, estão se reabilitando e já estão inseridos nas atividades de grupo da UBS, já que eles além de morar na zona rural estão morando uns meses na cidade em casas de familiares para garantir uma boa recuperação.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Conseguimos garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para todos os usuários com HAS da unidade de saúde. Assim, no primeiro mês, foram acompanhados 194 (100%) usuários com HAS; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 209 (100%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 613 (100%) usuários com HAS.

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

Conseguimos garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para todos os usuários com DM da unidade de saúde. Assim, no primeiro mês, foram acompanhados 44 (100%) usuários com DM; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 42 (100%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 76 (100%) usuários com DM.

Orientações de orientação nutricional foram realizadas que foram no tempo médio da consulta para explicar os alimentos que devem ser incorporados à dieta e quais são aqueles que devem ser diminuídos ou substituídos por outros mais saudáveis, dependendo do nível econômico, pondo em prática a equidade. Ademais, foi criado o grupo específico de encontro com os usuários com HAS e/ou DM mensalmente para reafirmar essas orientações e demonstramos como podemos fazer para manter uma dieta saudável, contando com a ajuda da nutricionista do município de Uruçuí.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Conseguimos garantir orientação em relação à prática regular de atividade física para todos os usuários com HAS da unidade de saúde. Assim, no primeiro mês, foram acompanhados 194 (100%) usuários com HAS; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 209 (100%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 613 (100%) usuários com HAS.

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

Conseguimos garantir orientação em relação à prática regular de atividade física para todos os usuários com DM da unidade de saúde. Assim, no primeiro mês, foram acompanhados 44 (100%) usuários com DM; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 42 (100%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 76 (100%) usuários com DM.

Graças ao excelente trabalho de nossa equipe, conseguimos alcançar essa meta em 100%. Em nosso município contamos com a presença dos educadores físicos em parceria com a ESF, os quais, juntamente, com a equipe da unidade durante as visitas na zona rural, realizam atividades de desenvolvimento físico e grupos educativos em relação a importância da atividade física regular. Cabe destacar, ainda, que as orientações eram realizadas durante as consultas médicas e visitas domiciliares.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Conseguimos garantir orientação sobre os riscos do tabagismo para todos os usuários com HAS da unidade de saúde. Assim, no primeiro mês, foram acompanhados 194 (100%) usuários com HAS; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 209 (100%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 613 (100%) usuários com HAS.

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

Conseguimos garantir orientação sobre os riscos do tabagismo para todos os usuários com DM da unidade de saúde. Assim, no primeiro mês, foram acompanhados 44 (100%) usuários com DM; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 42 (100%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 76 (100%) usuários com DM.

Conseguimos alcançar essa meta em 100% graças ao nosso trabalho. Vale destacar que, durante as atividades coletivas oferecidas nas diversas etapas da intervenção, assim como durante o atendimento clínico e visitas domiciliares, essa temática foi discutido com os usuários.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Conseguimos garantir orientação sobre higiene bucal para todos os usuários com HAS da unidade de saúde. Assim, no primeiro mês, foram acompanhados 194 (100%) usuários com HAS; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 209 (100%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 613 (100%) usuários com HAS.

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

Conseguimos garantir orientação sobre higiene bucal para todos os usuários com DM da unidade de saúde. Assim, no primeiro mês, foram acompanhados 44 (100%) usuários com DM; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 42 (100%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 76 (100%) usuários com DM.

Tanto nas reuniões com o grupo específico, nas consultas, assim como nas visitas domiciliares, todos os profissionais da equipe orientavam sobre a importância de escovar os dentes, quais são as substâncias adequadas no caso de possuir próteses e da detecção de lesões na mucosa bucal. Assim, era realizado exame da mucosa oral durante os atendimentos clínicos. Além das orientações e o atendimento oferecido pelo odontólogo.

4.2 Discussão

Nossa intervenção para melhorar a atenção aos usuários com HAS e/ou DM, chamou atenção de outras equipes de saúde e gestores. Servirá para futuros projetos e intervenções, não somente com esse grupo populacional como, também, com outros grupos.

A intervenção, na UBS Morrinhos, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários com HAS e/ou DM, chegando a 100% para HAS e 51% para DM, associada à 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. Mantemos as informações do SIAB atualizadas, implantamos a ficha-espelho, pactuamos com a equipe o registro das informações, definimos responsável pelo monitoramento dos registros, organizamos um sistema de registro que viabilizou situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame complementar. Todo isso levando-nos à melhoria da qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou DM. Apesar de todas dificuldades, conseguimos em parceria com a Secretaria Municipal, garantir exames complementares em dia para todos os usuários de nossa UBS. Ainda, tivemos boa meta alcançada quanto aos medicamentos prescritos da farmácia popular/HiperDia. Tivemos dificuldades quanto ao fato de nossa unidade estar situada na cidade e ficar distante das zonas rurais que atende, que são seis, já que nas zonas rurais não existe a estrutura e condições para situar uma unidade de saúde.

Percebeu-se, ao final da intervenção, a melhora na adesão dos usuários acompanhados. Foi feito o mapeamento de usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular, realizando em todas as consultas e visitas domiciliares a estratificação de risco cardiovascular. Assim, diminuiu consideravelmente as aparições de futuras complicações e permitiu fazer diagnósticos diferenciais de doenças infectocontagiosas como fungos e lesões por possível hanseníase frente à possível aparição da ulcera ou pé diabético. Além de oferecer a orientação nutricional sobre alimentação saudável, a prática regular de atividade física, além das orientações sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

Outro fato importante a ter em conta foi que a intervenção propiciou a integração da equipe para o trabalho em conjunto e a participação ativa dos gestores do município e da comunidade. Com a ajuda dos líderes comunitários recuperamos dois espaços públicos que se encontravam em desuso para a realização das atividades de educação em saúde. Tal fato exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS. Assim, mediante a capacitação dos profissionais da equipe, conseguimos desenvolver reuniões mensais e, no primeiro contato, definimos as atribuições de cada membro da equipe para a realização do exame clínico de usuários portadores de HAS e/ou DM e estabelecemos a periodicidade da capacitação dos profissionais ao longo da intervenção. Foi disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde a ajuda com o transporte, o apoio logístico em geral como disponibilização de canetas, folhas, xerox para prontuários e fichas-espelhos, alimentação durante as viagens às zonas rurais para todos os membros da equipe.

O trabalho do odontólogo foi intenso, ele visitou em conjunto com a equipe as zonas rurais, nas visitas domiciliares oferecendo orientações sobre a importância da higiene bucal, e insistindo para os usuários procurarem o atendimento odontológico na unidade, se priorizou os usuários com DM com doenças bucais agudas evitando infecções, ajudando a manter o controle da glicemia no sangue. Com os usuários com HAS sempre acompanhamos o atendimento com a dentista para evitar crises hipertensivas por stress durante o atendimento e assim agir imediato e evitar alteração e complicações pela HAS.

Pretendemos manter e estender o nosso trabalho, já que ainda devemos trabalhar mais na conscientização da comunidade no que tange a priorização do atendimento aos usuários com HAS e/ou DM, em especial os de alto risco. Assim, como desenvolver ações de promoção de saúde mensais em todas as zonas rurais, e alertar as outras unidades de saúde do município para se somar, realizando as mesmas ações nas áreas que realizam atendimento, aumentando a cobertura e qualificando a atenção à saúde das pessoas. Importante manter as capacitações sobre este tema nos profissionais da saúde e estender ao restante das unidades; sempre com o monitoramento e avaliação dos processos de acordo ao preconizado pelos protocolos do Ministério da Saúde.

A população participou ativamente de nossas ações de saúde. A priorização do atendimento aos usuários com HAS e/ou DM na intervenção trouxe consigo a

diminuição do tempo de espera, facilitando a prescrição e adesão aos tratamentos nas farmácias populares, regularizando e mantendo uma estabilidade nos tratamentos prescritos pelo médico. Além de engajar a comunidade nas atividades propostas de forma que eles tivessem uma participação ativa no desenvolvimento das ações coletivas e na tomada de decisões em saúde.

Se tivesse que fazer novamente a intervenção faria uma melhor parceria e planejamento com os diferentes setores sociais e gestores do município das diferentes atividades envolvendo-os mais na intervenção. Garantir o transporte suficiente para a movimentação às zonas rurais. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos programar a melhoria das ações programáticas de atenção ao pré-natal e a saúde da criança entre outros grupos populacionais pertencentes à UBS. Toda o trabalho da intervenção se converteu em rotina e trabalho para a unidade, fazendo-se extensiva no município a experiência, adquirindo durante todo o transcurso da mesma, conhecimentos e vivencias que irão se tornar muito valiosos em nosso atuar na área da saúde.

5 Relatório da intervenção para gestores

Exmo. Sr. Secretário Municipal de Saúde de Uruçuí/PI,

Durante 12 semanas, de abril a junho de 2015, foi realizado um trabalho de intervenção com a equipe da ESF Morrinhos do município de Uruçuí/PI e teve sua atenção direcionada à melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus. Essa intervenção faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Especialização em Saúde da Família que venho fazendo como membro do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), realizada pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS/UFPel). Este objetivo foi escolhido através de um estudo de análise situacional proporcionado pelo curso de especialização. A equipe direcionou a atenção ao programa de acompanhamento da pessoa com hipertensão e/ou diabetes sem deixar de realizar outras atividades que integram nosso trabalho comunitário, que é a essência da atenção básica e saúde da família.

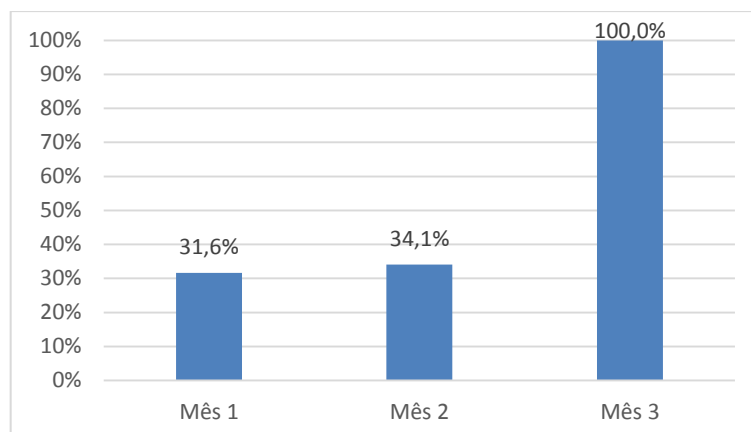
Escolhemos esse foco de intervenção porque precisávamos melhorar nossa cobertura e a qualidade de nosso atendimento porque tínhamos dificuldades em acompanhar todas as consultas programadas pela periodicidade preconizada pelo protocolo destas ações programáticas e que todos os usuários tenham os exames complementares prontos e consultas odontológicas. Nossa equipe tem como objetivo alcançar que todos os usuários tenham suas consultas periódicas em dia e qualidade da atenção à saúde.

O público-alvo foi composto por usuários pertencentes à área de abrangência da UBS. Foram estipuladas metas e ações alicerçadas nos quatro eixos

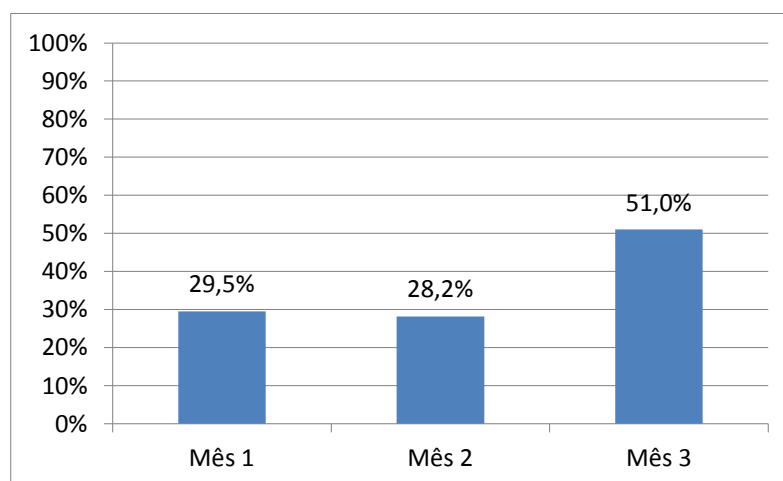
pedagógicos, a saber: a qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público e monitoramento e avaliação. Temos obtido resultados positivos, pois mesmo não alcançando tudo em 100% acredito que este trabalho valeu o esforço de todos envolvidos. Além disso, durante a implementação do projeto de intervenção na comunidade, a equipe e a população em geral participaram ativamente de todas as atividades planejadas. Gostaria de salientar que a população ficou satisfeita com o atendimento oferecido pela equipe e a organização adquirida durante estes três meses, o que permitiu maior interesse dos usuários pelas atividades planejadas pela equipe.

No âmbito da intervenção cada profissional, previamente capacitado e consciente de suas responsabilidades, empenhou-se com exatidão no cumprimento das ações de saúde. A secretária, na recepção, era responsável pelo acolhimento do usuário, pois este primeiro encontro é de vital importância para o atendimento posterior. A equipe de enfermagem foi a encarregada do acolhimento e contribuiu com a realização dos exames, entrega de resultados, divulgação da intervenção na sala de espera e nos encontros de grupos de promoção à saúde e divulgar a importância da prevenção da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. O médico especializando organizou sua agenda de forma a melhor atender aos usuários, na realização dos exames clínicos, indicação de exames complementares e seguimento de investigação e tratamento. A busca ativa de usuários faltosos à consulta foi feita pelas ACS, enfermeiras e médicos, recuperando assim todos os atendimentos. As informações eram todas discutidas em reunião de equipe, momento em que eram planejadas as atividades com o propósito de atingir as metas e os indicadores previstos, permitindo organizar a equipe e implantar os protocolos de atendimento disponibilizados pelo Ministério da Saúde e facilitado pela UFPel. Através da intervenção, conseguimos esclarecer as atribuições de cada profissional e tornar cada um dos membros da equipe um gestor em saúde.

Cabe destacar que a equipe alcançou 613 (100%) usuários com HAS e 76 (51%) usuários com DM, aumentou-se a cobertura de atendimento para 100% dos usuários com HAS. Em relação à proporção de usuários com HAS e/ou com DM no atendimento odontológico foi realizada na unidade, alcançando 100% de usuários avaliados. No período compreendido da intervenção surgiram algumas dificuldades que, na medida do poder de resolubilidade que cabe ao profissional, foram superadas.



Cobertura do programa de atenção às pessoas com HAS da UBS Morrinhos. Uruçuí, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio



Cobertura do programa de atenção às pessoas com DM da UBS Morrinhos. Uruçuí, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio

Agradecemos ao gestor pela disponibilidade e ajuda em nossa intervenção, quanto aos materiais e transporte. Ressaltamos que, apesar do transporte fornecido, ainda é preciso melhorar mais para que todos nossos usuários da zona rural tenham acesso a nossa UBS, bem como aos exames complementares.

Esperamos com um bom trabalho em equipe, manter a intervenção no cotidiano do serviço, de forma geral, uma boa adesão ao programa dada a sensibilização de todos sobre a importância da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus. Ainda devemos destinar um foco maior a essas ações.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezadas lideranças e comunidade em geral,

A ESF Morrinhos conviveu nos meses de abril, maio e junho de 2015, uma intervenção destinada à atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus. Através do curso de especialização disponibilizado pela UFPEL, a comunidade teve uma grande vantagem no que se refere a melhoria da qualidade no atendimento destes usuários, avaliação regular nas consultas programadas, maior equidade nos tratamentos oferecidos, maior frequência de agendamento para consultas nos casos de maior risco e maior quantidade de pessoas que puderam ser assistidas em nossa unidade de saúde. No decorrer de 12 semanas da intervenção realizada, houve aumento nos atendimentos médicos, na solicitação de exames laboratoriais e prescrição de medicamentos disponibilizados pela farmácia popular. As metas foram estipuladas e buscou-se melhorar o atendimento, os registros e a organização do serviço através dos quatro eixos propostos pelo curso: a qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público e monitoramento e avaliação.

A procura pelo serviço foi crescendo mês a mês, demonstrando o interesse pelo cuidado à saúde de cada um de vocês. A qualidade do atendimento também melhorou de forma espetacular, pois todos os usuários tiveram suas informações e resultados anotados na ficha-espelho, os atendimentos foram realizados de forma satisfatória, de modo que contemplasse a correta avaliação por meio do exame clínico e indicação de exames complementares precisos.

Nossa equipe alcançou 100% na busca ativa dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus faltosos às consultas, na proporção de usuários com HAS e/ou DM com registros adequados na ficha de acompanhamento, na proporção de usuários com orientações sobre a prática de atividade física regular, sobre o risco do tabagismo e os que receberam orientação sobre higiene bucal.

Tivemos dificuldades encontradas ao longo da intervenção, mas a equipe conseguiu desenvolver um bom serviço. Os temas sobre saúde foram abordados na unidade de saúde com objetivo de que os usuários divulgassem a importância da prevenção de fatores de risco que facilitam o desenvolvimento e complicações dessas doenças. A participação de vocês tanto nestas atividades quanto nos atendimentos foi e continuará sendo essencial para que possamos melhorar o acesso ao acompanhamento e a qualidade dele. Tal medida ajudou para que a informação fosse propagada a grande parte da comunidade. A comunidade sabe e deve participar ativamente na tomada de decisões das atividades propostas pela equipe.

Pelos resultados obtidos decidiu-se a permanência da intervenção no cotidiano do serviço da ESF. Tudo isso foi possível devido à união e à ajuda de todos vocês como comunidade, à equipe como promotora do trabalho de intervenção disponibilizado pela UFPel e gestão como apoio das atividades programadas. De forma geral, percebeu-se boa adesão ao programa dada a sensibilização de todos sobre a importância da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus no contexto da saúde pública. Convidamos a toda a comunidade para que continuem confiando no serviço desenvolvido pela unidade e que auxiliem na divulgação do trabalho que vem sendo realizado para que possamos acompanhar de forma efetiva as todas as pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus pertencentes à área de cobertura da unidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Nos início da intervenção para qualificar e melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus na ESF Morrinhos, a expectativa estava baseada em desejos de mudanças e de aumentar a qualidade da atenção à saúde da população alvo da ação. Tendo alcançado a equipe todas as expectativas traçadas, além de ter aumentado a qualificação profissional e os conhecimentos sobre saúde da família na comunidade. O curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel permitiu a nossa equipe consolidar e implantar o modelo de estratégia de saúde da família e inseri-lo na comunidade, cumprindo com o estabelecido e reafirmando que a atenção primária de saúde constitui a porta de entrada para oferecer ao cidadão uma saúde de qualidade e de fácil acesso. Por diversas vezes, ao longo da intervenção, existiram muitas dificuldades que atrapalharam o processo e nos faziam duvidar do sucesso que podia trazer a intervenção. Paulatinamente, o trabalho em equipe, o esforço dos profissionais e o engajamento da população foram se tornando mais constante, revertendo mediante esta intervenção o quadro de saúde da nossa comunidade e na atenção dos usuários com HAS e/ou DM, principalmente.

Com o curso, pude enxergar a importância principal da Estratégia em Saúde da Família, a reestruturação da atenção primária centrada na família, cujo enfoque está nas ações de prevenções para intervir nos fatores agravantes à saúde. No contexto do SUS, compreende-se a importância epidemiológica nas intervenções para promoção de saúde. Tem sido uma escola sem precedentes, trazendo vivências inesquecíveis para a comunidade, consolidando e aumentando o conhecimento científico e prático na saúde da família, fundamentalmente, no manejo dos protocolos oferecidos e disponibilizado pela UFPel. Um trabalho estruturado em

equipe, que busca humanizar as práticas na atenção primária e satisfazer o usuário por meio do relacionamento estreito entre os profissionais e a comunidade. Deixando de forma positiva uma formação de cada um dos profissionais elevando o conhecimento científico de todos os envolvidos. A possibilidade de interagir virtualmente no curso foi um destaque, onde tivemos a vantagem de conhecer situações reais das áreas de saúde dos colegas, assim como adquirir experiências ao compartilhar mediante fóruns, diferentes casos, tanto nos serviços, como na comunidade, servindo como padrão para possíveis mudanças em nossas áreas.

No curto período do curso e com o mínimo tempo disponível para realizar as atividades propostas, é notória a mudança da percepção e da equipe quanto à saúde pública construindo uma visão mais ampla sobre o SUS e sobre as atividades desenvolvidas em uma unidade de saúde. Em suma, significa que, a cada dia, torne-me uma agente capaz de cobrar das autoridades uma política de saúde mais humanizada e adequada, respeitando os limites e o poder de resolubilidade de cada profissional. Os casos interativos e os testes de qualificação cognitiva, ajudaram à superação como profissional, melhorando e aperfeiçoando sistematicamente a prática clínica na comunidade.

Gostaria de salientar que durante o curso contamos com uma orientadora que constituiu nosso braço direito para a guia e condução do trabalho de construção do curso (TCC), a qual chegou o momento que deixou de ser virtual para converter-se em uma a mais da equipe, na qual tiramos dúvidas, interagimos e recebemos orientações para aperfeiçoar nossas práticas no trabalho e na comunidade.

O curso da UFPel mostrou que é possível uma melhor qualificação da prática na APS. Há possibilidades para construção de um sistema de saúde em que os trabalhadores e a população sintam-se no direito de desejar a mudança e que consigam visualizar a concretude da proposta da ESF. A experiência obtida no curso sempre foi positiva, pois percebi o quanto poderia fazer pela equipe e pela comunidade se usasse bem as ferramentas disponibilizadas pela especialização para melhorar a qualidade dos serviços, conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica. Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

IBGE. Censo demográfico 2010. Brasil, 2010. Disponível em: Acesso em: 27 ago. 2015.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo 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