

**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 das pessoas com hipertensão arterial e/ou
diabetes mellitus na UBS Gomes, Hugo Napoleão/PI**

Yadira Echemendía Agramonte

Pelotas, 2015

Yadira Echemendía Agramonte

Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na UBS Gomes, Hugo Napoleão/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**

A277m Agramonte, Yadira Echemendia

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBS Gomes, Hugo Napoleão/PI / Yadira Echemendia Agramonte; Ligia Menezes De Freitas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

80 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

À minha família, por sua capacidade de acreditar em e investir em mim.
Mãe, seu cuidado e dedicação foi que me impulsionaram a esperança para seguir.
Pai, sua presença significou segurança e certeza de que não estou sozinha nessa
caminhada.

Agradecimentos

Quero agradecer, em primeiro lugar, a minha mãe pela força e coragem durante toda esta longa caminhada;

A todos os professores do curso que foram importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento desta intervenção.

Resumo

AGRAMONTE, YadiraEchemendia. **Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e diabetes na UBS Gomes, Hugo Napoleão/PI.** 2015. 80f. 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.

Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus constituem os principais fatores de risco para doenças cardiovasculares. Neste contexto, o acompanhamento demonstra ser uma importante estratégia de controle destas condições de saúde. Nossa intervenção foi realizada na Unidade Básica de Saúde Gomes com uma população total de 410 habitantes, no município de Hugo Napoleão/Piauí e foi realizada entre os meses de maio, junho e julho de 2015 e voltada aos usuários com HAS e/ou DM. Escolheu-se o foco de intervenção após verificar e deficiências encontradas na unidade de saúde e decidida com a equipe de acordo com as necessidades de saúde da população. O objetivo geral foi melhorar a atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Gomes. Utilizou-se como protocolo o manual técnico de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, do Ministério da Saúde de 2012 e instrumentos do curso, como ficha-espelho e planilha eletrônica de coleta de dados. As atividades foram programadas considerando-se os quatro eixos temáticos como, 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 16 (19%) pessoas e de três (13%) pessoas com diabetes mellitus. A cobertura ao final da intervenção foi de 85 (100%) usuários com hipertensão arterial sistêmica e 25 (100%) usuários com diabetes mellitus. Os indicadores de qualidade do programa, também, melhoraram muito. Nossa equipe alcançou 100% dos usuários com exames complementares realizados, na proporção de 100% dos usuários com registros adequados na ficha de acompanhamento, na proporção de 100% dos usuários com orientações sobre a prática de atividade física regular, sobre o risco do tabagismo e os que receberam orientação sobre higiene bucal. Enfim, melhoramos a assistência às pessoas, desenvolvemos capacitações com os profissionais atuantes, ações educativas com a comunidade, melhoria dos registros, visitas domiciliares, incremento na qualidade das consultas e melhoria no acompanhamento odontológico.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus; Saúde Bucal.

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia atendimento clínico. Hugo Napoleão, PI, 2015	50
Figura 2	Fotografia atendimento clínico. Hugo Napoleão, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio	51
Figura 3	Fotografia atendimento educativa. Hugo Napoleão, PI, 2015	52
Figura 4	Cobertura do programa de atenção as pessoas com HAS da UBS Gomes. Hugo Napoleão, PI, 2015	55
Figura 5	Cobertura do programa de atenção as pessoas com DM da UBS Gomes. Hugo Napoleão, PI, 2015	56
Figura 6	Proporção de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia na UBS Gomes. Hugo Napoleão, PI, 2015	58
Figura 7	Proporção de pessoas com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia na UBS Gomes. Hugo Napoleão, PI, 2015	59
Figura 8	Proporção de pessoas com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Gomes. Hugo Napoleão, PI, 2015	61

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ação Programática
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
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
PMM	Programa Mais Médicos
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	20
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa	21
2.2 Objetivos e metas	23
2.2.1 Objetivo geral	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas	23
2.3 Metodologia	25
2.3.1 Detalhamento das ações	25
2.3.2 Indicadores	39
2.3.3 Logística	45
2.3.4 Cronograma	48
3 Relatório da Intervenção	49
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	49
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	53
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	53
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	54
4 Avaliação da intervenção	55
4.1 Resultados	55
4.2 Discussão	64
5 Relatório da intervenção para gestores	69
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	72
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	74
Referências	75
Anexos	76

Apresentação

O presente trabalho trata-se de um Trabalho de Conclusão de Curso de pós-graduação em saúde da família – modalidade de ensino à distância (EaD) promovido pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UFPel/UNASUS).

O volume está organizado da seguinte forma: análise situacional, análise estratégica, relatório da intervenção, avaliação da intervenção, relatório da intervenção para os gestores, relatório da intervenção para a comunidade, reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, as referências bibliográficas e os anexos.

O trabalho trata de uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da UBS Gomes, no município de Hugo Napoleão, estado do Piauí.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) Gomes, Hugo Napoleão, Piauí. A mesma tem uma população de 415 habitantes com 53 famílias cadastradas.

A equipe está composta por uma médica, três agentes comunitários de saúde (ACSs), uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma médica odontologista e uma técnica de odontologia, dois agentes de endemia, uma auxiliar de limpeza que trabalha em tempo integral, isto garante manter uma boa limpeza e higiene todo o tempo.

A UBS é grande, tem dois consultórios com suficiente espaço para examinar os usuários. Tem recepção, sala médica, sala de enfermagem, de vacina, de odontologia e de curativo e dois banheiros a unidade foi reformada faz pouco tempo esta em muito boa condição.

Existem cadastradas seis gestantes e 13 crianças menor de dois anos, deles sete recém-nascidos, três usuários com diabetes e 16 usuários com hipertensão, a totalidade com controles de acordo aos programas do Ministério de Saúde.

O maior problema está no nível de usuários com hipertensão e diabetes descompensados pois a maioria deles não fazem um adequado controle da dieta apresentando-se com alto percentual de sobrepeso ou obesidade e uma vida sedentária.

As grávidas têm dificuldades para realizar os exames complementares, fundamentalmente as ultrassonografias, já que existem poucas opções para aquelas que têm poucos recursos. Os resultados dos exames sorológicos das mesmas chegam depois de um mês de realizados e exames de urina e hemograma não ficam prontos para na próxima consulta, além disso, contam com teste rápido que permite uma evolução inicial.

Nesta unidade não tinha controles das crianças nem seguimento das puérperas por médico, era realizado somente por enfermagem, mas após a incorporação do Programa Mais Médico para o Brasil, essa situação não tem acontecido mais.

A totalidade da população mora em área rural, por isso não tem dificuldades na coleta pública dos lixos, algo muito importante, porque evita fonte de criadouros de vetores e insetos que podem contribuir na propagação de doenças. Tem abastecimento da água pela rede pública, mas não está tratada em toda a área. A maior parte da população adulta não está alfabetizada, o idoso não sabe ler, escrever o que dificulta a compreensão por eles das receitas. Os medicamentos indicados são procurados na farmácia da secretaria de saúde, que nem sempre está abastecida e por isso os usuários precisam comprar a altos preços em farmácias, porque o município não conta com uma farmácia popular.

O município não tem Unidade de Pronto Atendimento nem hospital. Os casos que requerem ser avaliados por outras especialidades são encaminhados a outro Município e a Capital do Estado, previamente agendados pela Secretaria de Saúde para atendimentos que nem sempre são realizados de forma rápida, muitos deles são chamados vários meses depois que foram agendados. Meu vínculo com a população é boa o idioma não é uma barreira, atendo todos os grupos priorizados e as demandas espontâneas, assim como, realizo visitas domiciliares com a equipe em correspondência com o protocolo de atendimento do Brasil.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Hugo Napoleão localiza-se no estado do Piauí e possui 3.771 habitantes, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010).

Hugo Napoleão conta com três estabelecimentos de saúde vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), distribuídas em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) cada uma composta por uma Equipe de Saúde da Família (ESF) e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Uma das unidades de saúde da família está coberta por um médico do Programa Mais Médicos (PMM) para o Brasil.

Possui um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o município não tem disponibilidade de atenção especializada, nas áreas de pediatria, ginecologia, obstetrícia, oftalmologia, otorrinolaringologia, cirurgias, cardiologista ou nefrologista.

Os usuários com necessidade destas especialidades são encaminhados até outro município ou para capital do estado, Teresina. Os agendamentos demoram muitos meses, e outros, como no caso de neurologista, nunca é agendado. Não utiliza, usualmente, serviço de referência contra referência. No município existem psicólogo, fonoaudiólogo, psicopedagogo e fisioterapeutas. Em Hugo Napoleão não há Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). No município, tem uma sala de coleta de sangue para fazer exames clínicos. Mas, os outros exames como, por exemplo, raio X, ultrassonografias e outros de maior complexidade são agendados pela Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e realizados em outros municípios ou na capital do estado.

Atuo na UBS Gomes localizada na zona rural, vinculada ao SUS pela prefeitura. Encontra-se dividida em duas micro áreas e possui uma população de 415 habitantes com 53 famílias cadastradas. A maior parte de população dedica-se ao trabalho agrícola e são pessoas de baixo nível aquisitivo. A UBS mantém vínculo direto com o SUS, regidas pelas orientações da gestão municipal. Não mantém vínculo com instituições de ensino. O modelo de atenção da unidade de saúde é a ESF. Temos somente uma equipe e está composta por três agentes comunitários de saúde (ACSs), uma enfermeira, uma dentista, uma médica de saúde da família e uma técnica de enfermagem. Temos na UBS, ainda, uma administradora, dois agentes de endemia e uma auxiliar de limpeza.

Como parte da vinculação com o NASF a unidade recebe o apoio da psicóloga, fonoaudióloga, psicopedagoga, fisioterapeuta que atuam no NASFe que visitam a unidade uma vez por semana e prestam atendimentos aos usuários previamente agendados e encaminhados pelo médico de saúde da família.

A USB é grande, em sua parte anterior possui dois consultórios, um do médico, um da enfermeira e uma sala de vacinas, todas têm climatização, boa ventilação e iluminação natural, tem uma sala de espera com capacidade para 15 usuários sentados. Esta sala é utilizada, também, para a realização das palestras e oficinas planejadas. Tem uma sala de reuniões e sala para os ACSs. Em sua parte posterior, têm uma sala de curativo e de esterilização. Esta parte da UBS tem dois banheiros, um destinado aos usuários, existe uma sala de odontologia, climatizada e com uma cadeira odontológica. As paredes internas e os pisos são laváveis e de superfícies lisas e ficam com boa higiene e pintadas de cor brancas e azuis. A UBS possui uma farmácia, na qual os medicamentos indicados são adquiridos. O acesso à UBS está livre de barreiras arquitetônicas que facilita a visita dos idosos e pessoas com

limitações temporárias ou permanentes. As portas de entrada à unidade são amplas e permitem a passagem das cadeiras de rodas.

Dentro das deficiências que mais atrapalham o desenvolvimento do trabalho na UBS estão à ausência de tensiômetro infantil para os diferentes grupos de idade e impede o diagnóstico da doença hipertensiva nestas idades. Não existem, também, otoscópio e oftalmoscópio, instrumentos de alta utilidade para fazer exame físico integral em usuários com queixas tão frequentes como dor de ouvido, tontura, cefaléia, diminuição da audição e da visão limitando nossa possibilidade de fazer um diagnóstico correto. Muitas estratégias poderão ser utilizadas para superar ou minimizar estas deficiências, uma delas está sendo aplicada depois de um acordo com a gestão municipal que consiste na criação de um kit de urgência disponível e de baixo preço nas farmácias particulares para o atendimento dos principais agravos na própria unidade de saúde logrando compensar o usuário antes de encaminhamento caso seja necessário.

Em relação com a não disponibilidade de instrumentos de trabalho o papel da equipe está em realizar um exame mais detalhado com os instrumentos que existem na unidade de saúde e escutando as preocupações dos usuários e, com a informação obtida, fazer análise lógica das prováveis causas que originam do problema de saúde do usuário.

Em relação às atribuições da equipe considero como aspectos positivos a autonomia que os membros da equipe têm para realizar seu trabalho, com tarefas e responsabilidades muito bem descritas em cada programa, o qual permite assegurar a saúde adequada dos usuários e à comunidade com uma assistência básica, integral, contínua e organizada, identificando os problemas que pode afetar o bom atendimento dos usuários e os modificando. Toda a equipe participa do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação mediante a identificação de indivíduos, grupo se famílias expostos a riscos, de grupos de agravos, como hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM), tuberculose, hanseníase, e trabalhando na sinalização dos recursos sociais (comércios locais), igrejas, escolas e das redes sociais (grupo de mães), grupos de idosos, associação de moradores, conselho local, etc., para elo, os ACSs trabalham no cadastramento da população e identificação dos instrumentos e redes sociais que permitam reunir a informação e recursos necessários para enfrentar nossa tarefa.

Dentro das atribuições que nossa equipe não consegue atender está a realização de pequenas cirurgias, nem outros procedimentos porque não temos material de sutura e nem instrumental para esta finalidade. A equipe realiza, quando necessário, os primeiros atendimentos de urgência e ativa o serviço de ambulância da UBS para a conduta adequada no encaminhando a outro município. Para desenvolver um trabalho social e comunitário é necessário manter parceria muito estreita com os gestores, instituições privadas e públicas e contar sempre com a participação das comunidades, das igrejas, das escolas, da secretaria municipal do trabalho e assistência social, uma vez que os trabalhos em equipe são mais produtivos e democráticos e, desta forma, podem cumprir com os princípios do SUS de uma forma prática e realista, livre de utopias e promessas.

O tamanho da equipe é adequado ao tamanho da população da área de abrangência e seu trabalho é acessível a toda população que têm atendida a maior parte de suas demandas. A equipe, também, desloca-se até as comunidades, realizando ações assistenciais, além de promoção a saúde e prevenção de doenças, o que garante um intercâmbio constante com a população.

Em relação à atenção à demanda espontânea por falta de sala específica para realização do acolhimento aos usuários este é realizado, de forma coletiva, por toda a equipe de saúde, no balcão da sala de espera que é ampla e permite acolher aos usuários de forma organizada e rápida com a participação de toda a equipe, liderado pela técnica de enfermagem e saúde bucal que ficam responsáveis pela identificação de risco biológico e social. Em nossa UBS, não temos excesso de demanda porque prestamos serviço de maneira contínua nos dois turnos, manhã e tarde, durante os cinco dias da semana. Em quatro, desses dias, conta com a presença do médico. Além disso, a unidade fica aberta durante todo o tempo priorizando os atendimentos dos usuários que apresentam quadros agudos exemplo, crises hipertensivas, crianças com febre, grávidas com alguma complicação, urgências odontológicas, etc.

Em relação à saúde da criança, a população de crianças na faixa etária de menores de cinco anos é de 35, muito superior a estimada no Caderno de Ações Programáticas (CAP) que é de 12. Temos sete crianças com menos de um ano (“mais” de 100%) de idade e a estimativa do CAP é de seis. Esta situação obedece ao alto índice de mães multíparas, que pode estar relacionado com um baixo econômico da comunidade de abrangência que apresenta alto índice de natalidade e fecundidade, onde predominam as mães jovens com mais de três filhos. Quanto aos indicadores

de qualidade, todas as crianças (100%) estão com a consulta em dia, nenhuma criança com atraso ad consulta agendada em mais de sete dias, todas (100%) estão com o teste do pezinho até sete dias, todas (100%) com a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, com triagem auditiva, com o monitoramento do crescimento e desenvolvimento realizado na última consulta, todas (100%) com a vacinação em dia, também, com a avaliação de saúde bucal, orientação para aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes.

Na UBS, cumpre-se com os protocolos de atendimento desenhados pelo Ministério de Saúde (MS). O atendimento de puericultura realiza-se com uma frequência semanal, um dia por semana, planejado e organizado nas reuniões de equipe, de acordo ao grupo de risco e idade das crianças e cobre todos os grupos etários de crianças de zero a 72 meses. Todos os ACS têm conhecimento do dia, que corresponde a seu micro área, para comunicar às famílias para trazer as suas crianças às consultas.

Na consulta de puericultura a caderneta da criança é utilizada pelo profissional de saúde para fazer o acompanhamento do crescimento, desenvolvimento físico e mental da criança, do estado vacinal e dar informação aos pais da criança sobre os cuidados com à saúde de seu filho. Após a consulta de puericultura, a criança sai da UBS com a próxima consulta agendada.

Na UBS, realiza-se também atendimento às crianças com doenças agudas. Estas consultas são livres, todos os dias da semana, nos dois turnos de trabalho, e não possui demanda muito alta. Os atendimentos das crianças da puericultura e as demandas espontâneas são registrados nos prontuários clinico individuais, e no formulário especial da puericultura, e quando precisa, nas fichas de atendimento odontológico, o que garanta um adequado controle da consulta e um seguimento multiprofissional. Os registros são atualizados semanalmente com a inclusão dos novos nascimentos do período, crianças faltosas, procedimentos em atraso como peso ou vacinas, crianças de risco, complementação de registro de avaliação da qualidade do programa, que é discutido nas reuniões da equipe, todos os meses com a presença dos ACSs.

As principais ações desenvolvidas na puericultura estão relacionadas com ações de promoção e prevenção como o aleitamento materno, acidentes, ablactação, imunização, prevenção da anemia, nutrição e hábitos alimentarias saudáveis, prevenção da violência, prevenção de saúde bucal e mental, e prevenção secundaria

de doenças relacionadas com o erro inato do metabolismo como a fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito através da realização do teste de pezinho. A única dificuldade que ainda temos em nosso município é a ausência de médico pediatra para a avaliação das crianças alto risco ou em situação de risco que, por esse motivo, são encaminhadas para atendimento em outro município ou para capital.

Em relação ao pré-natal, a unidade de saúde possui cadastro e acompanhamento de todas as gestantes da sua área de abrangência, realizado pelos ACSs em parceria com o resto da equipe temos um total de seis gestantes o que garante uma cobertura do pré-natal de 96%, de acordo com o CAP. Quanto aos indicadores de qualidade, todas as seis (100%) gestantes tiveram o pré-natal enviado no primeiro trimestre, todas (100%) estão com as consultas em dia de acordo com calendário do MS, todas (100%) tiveram solicitação na primeira consulta dos exames laboratoriais preconizados, todas (100%) estão com a vacinação antitênica e contra hepatite B, todas tiveram a prescrição de suplementação de sulfato ferroso conforme protocolo, todas (100%) com exame ginecológico por trimestre, com avaliação de saúde bucal e orientação de aleitamento materno exclusivo.

Quanto ao puerpério, tivemos seis partos nos últimos meses, o que corresponde a estimativa de 100% do CAP. Todas as mulheres puérperas (100%) foram consultadas antes dos 42 dias de pós-parto, todas (100%) tiveram a sua consulta puerperal registrada, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido, sobre aleitamento materno exclusivo e receberam orientações sobre planejamento familiar. Ainda, todas as seis mulheres (100%) tiveram examinadas as mamas e abdome. Todas as seis (100%) realizaram exame ginecológico e tiveram seu estado psíquico avaliado e foram avaliadas quanto a intercorrências em todas elas (100%).

A consulta de captação da grávida é feita após o agente comunitário de saúde saber da gravidez e agenda sua consulta, mas, ainda, muitas usuárias utilizam a demanda espontânea para iniciar seu pré-natal. As consultas subsequentes são agendadas conforme o estabelecido pelo Ministério da Saúde plasmado nos protocolos brasileiros de Atenção Pré-natal (Caderno de Atenção Pré-natal de baixo risco), do Ministério de Saúde. O atendimento é realizado pelo médico e pela enfermeira, de acordo com o risco da gestante e sua idade gestacional. O programa conta com registro específico que permite realizar monitoramento regular destas ações e o agendamento da consulta subsequente da gestante, o que contribui para o

retorno das gestantes à próxima consulta programada, o que garante que toda gestante reciba uma atenção de qualidade.

Dentro dos aspectos que poderiam ser melhorados no atendimento pré-natal em nosso município são: o acompanhamento dos esposos as consultas, que não acontece em 100% dos casos; maior agilidade dos exames e ultrassom; disponibilização do teste rápido para fazer a captação de gravidez cada vez mais cedo e planejamento familiar preparando a mulher para a gestação.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero na UBS temos um total de 101 mulheres acompanhadas o que permite que o programa esteja com 100% de cobertura de acordo com o CAP. Quanto aos indicadores de qualidade, temos 90 (89%) mulheres com exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, dez mulheres estão com mais de seis meses de atraso. Temos 13 mulheres com exame para câncer de colo de útero alterado. Temos 11 mulheres com avaliação de risco para câncer de colo de útero. Todas as 101 (100%) mulheres estão com orientações sobre prevenção de câncer de colo de útero e sobre doenças sexualmente transmissíveis. Temos 90 (89%) com exames coletados com amostras satisfatórias e todas as mulheres com exames coletados com células representativas da junção escamocolumnar.

As ações realizadas no meu serviço são a realização do exame citopatológico de colo uterino que é realizado uma vez na semana em uma seção de trabalho pela enfermeira. Durante a realização do exame, também, se faz o exame clínico das características do colo e avaliação da presença de secreção vaginal patológica. Neste caso a usuária é avaliada em consulta médica e se impõe tratamento específico de acordo com as características observadas. Quando o laudo do exame é recebido faz-se um novo exame clínico da usuária e toma-se conduta correspondente a cada caso.

Em relação à prevenção e controle do câncer de mama, na UBS temos 31 (100%) mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e acompanhadas para prevenção de câncer de mama. Quanto aos indicadores de qualidade, temos 21 (68%) mulheres com mamografia em dia, dez mamografias com mais de três meses de atraso, treze (42%) com avaliação de risco para câncer de mama e todas (100%) com orientação sobre prevenção de câncer de mama.

As ações realizadas no meu serviço são a realização de exame clínico de mama em toda mulher com mais de 30 anos que visita a consulta por outro motivo e aceita ser examinada após conversa sobre a importância do diagnóstico oportuno,

este exame fica registrado no prontuário de cada usuária. Também se orientam realizar o autoexame de mama com periodicidade e se orienta a realização da mamografia se corresponde as maiores de 50 anos. Todos os profissionais da equipe estão preparados para brindar atividades de educação em saúde às usuárias. Estas ações de prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama estão estruturadas de forma programática, de acordo ao protocolo e o manual técnico do Ministério de Saúde. A unidade conta com um registro específico e realiza monitoramento regular destas ações.

Fazendo avaliação dos aspectos positivos e negativos, podemos apontar que a unidade está bem desenhada e estruturada para realizar as ações descritas e conta com os recursos necessários e com profissionais qualificados para cumprir a tarefa e dar resposta aos principais indicadores de qualidade avaliados pelo programa. No entanto, tem deficiências organizativas que conspiram com o cumprimento dos principais indicadores de cobertura como um rastreamento predominantemente oportunístico, não organizado, um registro manual não bem estruturado que não permite conhecer a data dos próximos exames e não permite plasmar com qualidade o laudo total do exame. A principal dificuldade que as usuárias têm é de se deslocar até outro município porque não é sempre que tem transporte a sua disposição e as usuárias perdem o dia e precisam reagendar novamente.

Em relação à atenção aos usuários com HAS e/ou DM, temos cadastrados e acompanhados em nossa área 16 (19%) usuários com hipertensão. Todos os usuários (100%) passaram pela realização da estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, nenhum usuário está com atraso em consulta agendada em mais de 7 dias, todos os 16 (100%) estão com exames complementares periódicos em dia e receberam orientações sobre prática de atividade física regular e nutricional para alimentação saudável. Todos os 16 (100%) usuários com HAS estão com avaliação de saúde bucal em dia.

Em relação aos usuários com DM, temos na área acompanhados três (13%) usuários. Todos os três (100%) usuários passaram pela realização da estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, nenhum usuário está com atraso em consulta agendada em mais de 7 dias, todos os três (100%) estão com exames complementares periódicos em dia, todos os três (100%) tiveram exame físico dos pés nos últimos três meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e com medida da sensibilidade dos pés. Todos os três (100%) receberam orientações sobre

prática de atividade física regular e nutricional para alimentação saudável e avaliação da saúde bucal em dia.

As ações de atenção aos usuários com HAS e/ou DM que são realizadas no serviço são a consulta programada trimestral planejada com o médico da família e a enfermeira com avaliação clínica detalhada dos fatores de risco individuais, tais como dieta, exercício físico, peso, índice de massa corporal, níveis de tensão arterial e glicemia capilar, exame bucal, pulsos periféricos, batimentos cardíacos, cumprimento do tratamento indicado, e orientação de exames complementários específicos correspondentes e avaliação dos exames que o usuário tem realizado, também se deva prestar a atenção aos agravos identificados nos usuários, compensação do agravo e encaminhamento em caso necessário. Outras ações realizadas são medida da tensão arterial, da glicemia capilar e do peso dos usuários por parte das técnicas de enfermagem e as agentes comunitárias de saúde sempre que os usuários precisem, atividades de promoção de saúde como palestras, rodam de conversas com a participação da nutricionista, da psicóloga, da assistência social que complementa o trabalho de equipe. Essas ações de atenção aos usuários com HAS e/ou DM estão estruturadas de forma programática, de acordo ao protocolo no Ministério de Saúde. A unidade conta com um registro específico e realiza monitoramento regular destas ações que permite avaliar a qualidade do programa e dar seguimento aos faltosos é aos usuários descompensados da doença o com risco de complicações.

A atenção à saúde bucal foi desenvolvida pela dentista e a técnica de estomatologia mediante palestras, atividades educativas e em consulta individual para cada usuário.

Os aspectos positivos do programa estão dados pela integração e qualificação técnica da equipe de saúde que presta uma atenção diferenciada e personalizada a cada usuário, que os recursos disponíveis permitem fazer uma correta avaliação de cada usuário, onde todo usuários tem um prontuário solicitado em cada consulta, onde registra-se cada uma das avaliações feitas, a data da próxima consulta, as orientações dadas, o que contribui para uma boa cobertura e adesão as consultas e às atividades de educação em saúde com participação de toda a equipe. Os prontuários arquivados em envelopes, identificados por famílias e por ACSs.

Em relação à saúde dos idosos, temos 39 (89%) cadastrados e acompanhados em nossa unidade de saúde. As ações de atenção à saúde dos idosos que são realizadas na unidade de saúde são, consultas de controle com periodicidade

trimestral com avaliação Multidimensional, avaliação de risco para morbi mortalidade, investigação de indicadores de fragilização na velhice, orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, orientação para atividade física regular, avaliação de saúde bucal entre outras orientações como cuidado da pele, cuidado dos acidentes na moradia e na rua, uso correto do tratamento médico, evitar a polifarmácia e uso excessivo de medicamentos controlados, medicação muito arraigada nestes usuários em nossa comunidade. Além disso, atenção a demanda espontânea, agravos de saúde, acompanhamento da tensão arterial e glicemia capilar com a periodicidade que cada usuário requer. Também, a unidade realiza atividades de educação em saúde comopalestras, rodas de conversas, atividades com temas sobre os idosos e seus familiares como os direitos dos idosos, alimentação, acidente, moradia com participação dos diferentes membros da equipe de saúde. Outras das ações que realizamos em relação a saúde dos idosos é a visita domiciliar programada e planejada, discutida sua periodicidade nas reuniões da equipe e aberta as necessidades individuais de cada usuário

Essas ações de atenção aos idosos estão estruturadas de forma programática, de acordo ao protocolo do Ministério de Saúde. A unidade conta com registro específico e realiza monitoramento regular destas ações que permite avaliar a qualidade do programa e dar seguimento aos faltosos e aos usuários que precisam da visita domiciliar porque seu estado de saúde não permite visitar a unidade.

Um dos aspectos positivos do programa esta na boa cobertura da atenção à saúde dos idosos com 89% dos idosos residentes na área acompanhados na UBS, muitos deles mediante o programa de visita domiciliar tendo em conta sua longevidade que não permite-lhes deslocar-se até a unidade de saúde. Todos têm caderneta de saúde, 89% têm sua avaliação em dia. Os registros permitem ter um controle da população idosa adstrita, necessidade de acompanhamento diferenciado e principais agravos, permitindo um adequado planejamento e monitoramento das ações.

Dentro das dificuldades encontra-se o grupo pequeno de grupos de idosos e o baixo índice de participação desses idosos nas atividades, alto índice de consumo de medicamentos de controle especial, idosos que moram sozinhos sem apoio familiar, com baixo nível cultural, a maioria analfabeta, com limitações visuais e auditivas que requer demais participação da comunidade e da equipe.

O melhor recurso que a UBS apresenta, está ligado a união, qualificação e comprometimento da equipe de saúde da família no desenvolvimento das ações e do

cuidado à saúde individual e coletiva do usuário, tendo em vista a elevação dos princípios de integralidade, universalidade, equidade e participação social contemplados no Sistema Único de Saúde do SUS.

Os maiores desafios estão direcionados à melhoria dos indicadores de cobertura e de qualidade das ações programáticas de saúde; à maior articulação e qualificação da equipe, da comunidade e dos gestores com a finalidade de maior integração e engajamento na busca conjunta de recursos para potencializar as ações de saúde e melhoria da qualidade de vida da comunidade e,consequentemente, do município.

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

Fazendo um comentário comparativo entre a tarefa “qual é a situação da ESF/APS no serviço?” e o relatório de análise situacional percebi como muitas dificuldades ficaram ocultas na avaliação inicial, realizada pela equipe antes de conhecer os questionários e o CAP. Os instrumentos de informações de saúde foram necessárias para identificação das dificuldades e das facilidades, relacionadas ao serviço, antes não percebidas pela equipe de saúde, constituindo-se em ferramentas essenciais para completar este relatório, permitindo uma avaliação das ações necessárias para prestação de um serviço de qualidade a toda a população. É possível identificar no relatório de análise situacional o processo de trabalho desenvolvido pela equipe de saúde e como nosso serviço está organizado. Antes do relatório, tínhamos, apenas, uma visão superficial da unidade de saúde.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e a DM constituem grave problema de saúde pública que afeta nossa área de saúde, o Brasil e no mundo, com aparição a cada dia de casos novos em pessoas de menos idades e ocorrência de complicações como invalidez permanente. Além de ser causa de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Por isso, na atenção primária à saúde temos que trabalhar para aumentar a busca de casos novos, tratamento oportuno para controle das doenças e evitar complicações, atuando sobre os fatores de risco (BRASIL, 2012).

A estrutura física da UBS Gomes conta com uma sala de recepção com capacidade para 15 pessoas, dois consultórios, uma sala de curativo e procedimentos, um equipo odontológico, sala de reuniões, vacinas, farmácia, nebulizações, sala de esterilização, sala para os ACSs. A unidade tem boa ventilação e iluminação, com sinalização visual, mais não tem sinalização em braile, nem sonoro. Em quanto às barreiras arquitetônicas, é adequada para o acesso de pessoas portadoras de deficiências, sem degraus e com rampa na entrada. A equipe está formada por um médico geral integral, uma enfermeira, uma técnica enfermagem, um dentista, um auxiliar dentista e três agentes comunitários de saúde. Em relação à população da área adstrita o número de habitantes é de 415 usuários.

Em relação a população alvo de nossa área adstrita temos cadastrados e acompanhados 16 (19%) usuários com HAS. O CAP estima que deveríamos ter 83 usuários. Para DM temos três (13%) usuários cadastrados e acompanhados. Enquanto que, de acordo com a estimativa do CAP, deveríamos ter 24 usuários com DM. A população adere de forma positiva às ações de saúde desenvolvidas em nossa

unidade. Em quanto à estratificação do risco cardiovascular por critério clínico em usuários com HAS, os 16 usuários foram avaliados o que representa 100%, não temos usuários com atrasos na consulta agendada com mais de sete dias, todos os 16 usuários com todos os exames em dias o que representa 100%. Aos 16 usuários é oferecido orientação sobre prática de exercícios físicos regulares e alimentação saudável o que corresponde a 100%. Na UBS, a avaliação da saúde bucal em dia é de 100% com os 16 usuários avaliados. Avaliando os indicadores de qualidade em usuários com DM em quanto à estratificação do risco cardiovascular por critério clínico os 3 usuários foram avaliados, não tem usuários com atrasos na consulta agendada com mais de sete dias e tem todos os exames em dias, em cada consulta se realiza um exame físico integral ao usuário. Realizamos ações de promoção à saúde como incentivar a prática de exercícios físicos regulares assim como hábitos de vidas saudáveis, realizamos palestras, conversas sobre importância do cuidado dos pés em usuários com DM.

A HAS e DM são doenças muito ligadas entre si e extremamente frequentes em nossa comunidade, o número de usuários com HAS e DM é inferior ao estimado e com frequência encontramos sequelas de invalidez permanente, o que nos obriga a realizar ações de intervenção com essa população. A equipe toda se encontra envolvida no processo de trabalho com o objetivo de melhorar a qualidade de vida desses usuários. As principais dificuldades e limitações para desenvolver as ações programáticas são laboratório clínico do município onde não são realizados todos os exames solicitados pelo qual os usuários tem que se deslocar a outros municípios, falta de medicamentos básicos para o tratamento destas doenças na farmácia popular, baixo poder econômico da população o que dificulta sua adesão às recomendações, dificuldade com o transporte para equipe se deslocar até as comunidades para realizar as visitas domiciliares. O melhor recurso que tem a UBS de forma geral é o trabalho da equipe para melhorar a qualidade de vida da população, apoio dos gestores de saúde do município, trabalho em parceria com as comunidades, a equipe de saúde conta com todos os integrantes com uma alta capacitação profissional. Com esta intervenção vamos aumentar nossa cobertura, melhorar a qualidade de vida da população alvo, desenvolver hábitos e estilos de vidas mais saudáveis, prevenção precoce das complicações e adequado controle destes usuários segundo protocolo. A finalidade da linha de cuidados dos usuários com HAS

e DM na atenção primária de saúde é fortalecer e qualificar a atenção à pessoa com essas doenças por meio da integralidade do cuidado, em todos os pontos de atenção.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da UBS/ESF Gomes, Hugo Napoleão/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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 USF Gomes no município de Hugo Napoleão, Piauí. Participarão da intervenção todos os usuários com HAS e/ou DM pertencentes a área de abrangência da nossa unidade de saúde.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: O monitoramento será realizado pelo médico e enfermeira uma vez ao mês, sempre ao final de cada mês da intervenção, avaliando os resultados e verificando se as estratégias adotadas estão dando certo ou se precisam ser reformuladas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: O registro será realizado semanalmente em todas as consultas de atendimento clínico por enfermeira e auxiliar de enfermagem.

Ação: melhorar o acolhimento para dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus.

Detalhamento: o acolhimento será realizado pela enfermeira e técnica de enfermagem a todos os usuários que chegarem a nossa unidade de saúde. Os usuários com HAS e/ou DM terão prioridade no atendimento.

Ação: garantir material adequado para aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização de hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: a SMS garantirá o material necessário para a realização desta ação avaliada mensalmente na reunião da equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: ACSs, equipe e líderes vão informar a população da existência do programa. Serão realizadas palestras mensais na própria UBS, orientando a população sobre temas relacionados a diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica.

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

Detalhamento: todos integrantes da equipe informarão a comunidade durante as atividades educativas e consultas sobre a importância de medir a PA a partir dos 18 anos pela menos uma vez ao ano.

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

Detalhamento: toda equipe será capacitada para orientar e realizar aos adultos com PA maior de 135/80 no rastreamento da diabete mellitus.

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

Detalhamento: A equipe orientará os usuários durante as atividades coletivas, consultas e visitas sobre os fatores de risco para doenças como HAS e/ou diabetes mellitus

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento: Os ACSs serão capacitados pelo médico e a enfermeira para cadastramento do 100% dos usuários de sua área e será avaliado mensalmente na reunião da equipe. Nossa capacitação ocorrerá uma vez ao mês.

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

Detalhamento: O médico e a enfermeira capacitarão todos integrantes da equipe para verificar de forma certa a pressão arterial, principalmente, a técnica de enfermagem.

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

Detalhamento: A enfermeira será a encarregada de capacitar os integrantes da equipe para a realização do hemoglicoteste aos adultos com PA sustentada maior que 135/80mmHg.

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

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: o monitoramento será realizado pelo médico e enfermeira em todas as consultas agendadas para o usuário com hipertensão e/ou diabetes.

Ação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos seguindo como protocolo do Caderno de Atenção Básica: Diabetes Mellitus, do ano 2012, do Ministério da Saúde do Brasil.

Detalhamento: a enfermeira irá realizar o monitoramento da realização do exame clínico apropriado dos usuários diabéticos. Nas reuniões da equipe ela apresentará um relatório sobre o monitoramento e irá se discutir as dificuldades encontradas, procurando discutir sobre possíveis soluções para resolvê-las.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO NO SERVIÇO

Ações: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: a equipe irá definir as atribuições de cada membro da equipe e destacar a importância de seguirem os protocolos para a HAS, já na primeira semana de intervenção.

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

Detalhamento: todos os membros da equipe terão suas atribuições definidas pelo médico com respeito a exame clínico a usuário com DM.

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

Detalhamento: serão capacitados os profissionais da equipe e também serão entregues os protocolos a cada um deles. Esta ação será realizada pelo médico e enfermeira. Nossas capacitações serão realizadas uma vez ao mês.

Ação: Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: todos os profissionais serão atualizados com uma periodicidade mensal segundo o cronograma

Ação: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: o médico, enfermeira com ajuda da SMS disponibilizarão os protocolos atualizados na UBS para toda equipe.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Todos os usuários serão orientados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares neurológicas decorrentes de estas doenças em todas as consultas de atendimento clínico, palestras, reuniões com a comunidade e associação de moradores.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O médico e enfermeira capacitarão a equipe para realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos e/ou hipertensos.

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: o monitoramento será realizado em cada uma das consultas pelo médico e enfermeira e se discutirá mensalmente com toda equipe, principalmente com agentes comunitários de saúde, quem não está em dia com os exames.

Ação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: a equipe fará o monitoramento dos exames laboratoriais solicitados aos usuários diabéticos e/ou hipertensos e avaliará a periodicidade na reunião mensal da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO NO SERVIÇO

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento: o médico e a enfermeira serão os encarregados da solicitação dos exames complementares segundo o protocolo.

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

Detalhamento: o médico e a enfermeira ficarão responsáveis de garantir com a SMS e o gestor municipal a realização dos exames complementares solicitados

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

Detalhamento: os exames serão avaliados imediatamente depois da entrega do laboratório e comunicado ao ACSs se houver alguma alteração para agendar consulta o mais rápido possível.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: todos integrantes da equipe serão encarregados de comunicar aos usuários e a comunidade a importância da realização dos exames

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: em cada uma das consultas os usuários e a comunidade serão informados com que periodicidade tem que fazer exame segundo protocolo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: o médico capacitará a equipe para seguir a solicitação de exames complementares.

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: a enfermeira monitorará todos os medicamentos existentes na farmácia para o programa HiperDia semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO NO SERVIÇO

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

Detalhamento: A técnica de enfermagem realizará controle da quantidade e validade dos medicamentos existentes na UBS.

Ação: manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: mensalmente a enfermeira e técnica de enfermagem terão registro atualizado das necessidades de medicamentos para os usuários com HAS e/ou DM cadastrados na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: 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: Os integrantes da equipe orientarão os usuários sobre os medicamentos existentes na UBS e alternativas na farmácia popular com os medicamentos oferecidos pelo governo de forma gratuita para estas doenças crônicas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

Detalhamento: médico e enfermeira irão capacitar e atualizar os profissionais sobre o tratamento da hipertensão.

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

Detalhamento: serão capacitados todos os integrantes da equipe sobre as alternativas dos medicamentos existentes na farmácia popular para orientar aos usuários e o que tem que fazer para receber os medicamentos gratuitamente.

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: o médico e enfermeira avaliarão em cada consulta os usuários hipertensos com necessidades de tratamento odontológico.

Ação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: em cada uma das consultas se monitorará por parte do médico e a enfermeira as necessidades de tratamento odontológico dos usuários diabéticos de nossa área.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO NO SERVIÇO

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

Detalhamento: o dentista avaliará em suas consultas e visitas domiciliares as prioridades dos tratamentos odontológicos de cada um dos usuários com HAS e/ou DM

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

Detalhamento: o odontólogo da área e a técnica de saúde bucal agendarão as consultas para os usuários com necessidade de atendimento odontológico semanalmente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: todos integrantes da equipe serão encarregados de orientar a todos usuários e a comunidade sobre a importância da avaliação da saúde bucal.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: o dentista capacitará os integrantes da equipe para avaliação dos usuários com HAS e/ou DM com necessidade de atendimento odontológico.

Ação: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: o dentista e técnica em saúde bucal capacitarão todos integrantes da equipe para avaliação dos usuários diabéticos com necessidade de atendimento odontológico

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: a enfermeira e os ACSs avaliarão o cumprimento das consultas com sua periodicidade previstas no protocolo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento: ACSs serão encarregados de organizar as visitas domiciliares para busca ativa dos faltosos.

Ação: Organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: a auxiliar de enfermagem será a encarregada da organização dos acolhimentos dos usuários com HAS e/ou DM provenientes das buscas nas visitas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

Detalhamento: o médico e a enfermeira vão fazer um reforço durante as consultas, visitas domiciliares e palestras sobre a importância da realização das consultas.

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

Detalhamento: a comunidade será ouvida pela equipe sobre os principais fatores que levam a faltarem nas consultas durante as consultas e atividades educativas.

Ação: Esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: aproveitar as visitas domiciliar, as consultas e as palestras para esclarecer neste tema. Além disso, colocar as informações em cartazes de forma didática para garantir que todos entendam a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: o médico e a enfermeira capacitarão os ACSs quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Monitorar a qualidade dos registros de na unidade de saúde.

Detalhamento: a enfermeira e o médico serão encarregados de monitorar o registro adequado dos usuários com HAS e/ou DM acompanhados na UBS semanalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: todos os usuários cadastrados terão sua ficha de acompanhamento e atualizados pela enfermeira.

Ação: Implantar a ficha de acompanhamento para todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos cadastrados.

Detalhamento: todos os usuários com as HAS e/ou DM cadastrados e acompanhados terão sua ficha de acompanhamento e atualizada pela enfermeira.

Ação: Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: em reunião da equipe a enfermeira destacará a importância de ter um correto registro das informações.

Ação: Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento: a enfermeira terá a responsabilidade pelo monitoramento dos registros.

Ação: 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: os registros serão organizados de forma tal que os usuários com atraso em nas consultas, exames complementares e usuários com alguma dificuldade em seu seguimento, tenham suas fichas diferenciadas pela enfermeira.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: 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: todos os integrantes da equipe serão capacitados para orientar aos usuários e a comunidade sobre os direitos que eles têm de manter suas registros de saúde atualizados e segunda via se necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: a enfermeira e o médico serão os responsáveis de capacitar a equipe nos preenchimentos de todos os registros necessários no acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM.

Ação: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: a equipe será capacitada para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas do médico e da 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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: a equipe monitorará todos os usuários cadastrados e acompanhados com estratificação de risco pelo menos uma vez ao ano com ajuda da comunidade.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento: uma vez que o usuário é avaliado de alto risco cardiovascular o atendimento vai ser realizado de forma prioritária.

Ação: Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: a técnica de enfermagem e ACS serão os responsáveis por agendar e priorizar os atendimentos aos usuários avaliados de alto risco cardiovascular para ser atendida no mesmo dia como prioridade

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: a equipe será a responsável por orientar os usuários e a comunidade de seus níveis de risco e da importância de ter um acompanhamento regular em na UBS.

Ação: Esclarecer os usuários hipertensos e/ou diabéticos e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: a equipe desenvolverá palestras mensalmente nas comunidades e grupos de usuários com HAS e/ou DM sobre fatores de risco modificáveis, como alimentação saudável, tabagismo e prática de exercício físico.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: realizaremos capacitação da equipe para estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou lesões em órgãos alvo para evitar as complicações destas doenças.

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

Detalhamento: a equipe será capacitada sobre a importância do registro desta avaliação para o seguimento correto do usuário e manejo clínico.

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

Detalhamento: realizaremos atividades educativas utilizando vídeos e matérias baseados nos protocolos do Ministério de Saúde. Realizaremos atualizações dos temas durante todo o transcurso do projeto.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas 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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: realizaremos em todas as consultas orientações sobre alimentação saudável a todos os usuários e, também, durante as atividades educativas e visitas domiciliares.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável

Detalhamento: realizaremos atividades grupais com grupos de HAS e/ou DM em parceria com o nutricionista do NASF.

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

Detalhamento: será solicitada junto ao gestor a participação de nutricionistas nestas atividades.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: realizaremos orientações gerais aos usuários com HAS e/ou DM e seus familiares sobre a importância de manter uma alimentação saudável.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: a equipe será capacitada pela nutricionista sobre práticas de alimentação saudável.

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

Detalhamento: para isto a enfermeira vai ser a encarregada de fornecer materiais sobre educação em saúde e vão ser entregues no decorrer das capacitações.

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: realizaremos monitoramento em cada uma das consultas as orientações da prática regular de atividade física para evitar o sedentarismo e outras complicações.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento: a equipe organizará com os professores de educação física das escolas a prática de exercício físico para os grupos das áreas onde estão cadastrados.

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

Detalhamento: solicitar ao gestor em coordenação com a secretaria de esporte que planejem atividades com educadores físicos em algumas áreas principalmente nas atividades do grupo HiperDia.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: toda a equipe durante as consultas orientará a todos os usuários com HAS e/ou DM, a comunidade de nossa área, a importância da prática regular de atividade física para a saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

Detalhamento: realizaremos capacitação da equipe da unidade de saúde sobre como promover a prática de atividade física e seus benefícios para a saúde.

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

Detalhamento: realizaremos capacitação da equipe sobre as metodologias de educação em saúde

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos e hipertensos.

Detalhamento: em cada uma das consultas com usuários com HAS e/ou DM monitoraremos as orientações sobre os riscos do tabagismo.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: a equipe fará contato com a secretaria de saúde e gestor para aquisição de medicamentos para o abandono do tabagismo

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: toda equipe está motivada a orientar aos usuários com HAS e/ou DM tabagistas da existência de tratamentos para abandonar o hábito de fumar que tanto dano faz para a saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

Detalhamento: realizaremos capacitações da equipe para o tratamento dos usuários tabagistas que querem abandonar o hábito.

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

Detalhamento: realizaremos capacitação da equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: o médico e enfermeira realizarão a monitorização das orientações sobre higiene bucal nas consultas aos usuários diabéticos com HAS e/ou DM de nossa área

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: vamos organizar a agenda de modo tal que exista uma margem de tempo disponível para garantir orientações em nível individual sobre higiene bucal.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: nas palestras realizadas na comunidade e na UBS e em todos os contatos com os HAS e/ou DM e seus familiares orientá-los sobre a importância da higiene bucal. Apoiaremos também na utilização de cartazes e panfletos com as informações precisas. Solicitar sempre a ajuda do dentista da UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento: o dentista de nossa área capacitará a equipe para oferecer orientações adequadas sobre higiene bucal a os usuários diabéticos e/ou hipertenso de nossa área.

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 a intervenção no programa de HAS e/ou DM será adotado o manual técnico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus do Ministério de Saúde, ano de 2012 (BRASIL, 2012). Já temos cópias suficientes para equipe e poder garantir um trabalho adequado com os usuários. Serão utilizados no atendimento da população alvo a caderneta dos usuários com HAS e/ou DM, o prontuário clínico, livro de registro e a ficha-espelho disponibilizada pelo curso. A estimativa é alcançar todos os usuários com HAS e/ou DM da área de abrangência. Será realizado contato com o gestor municipal para dispor de 107 fichas-espelho, de acordo com o número estimado de usuários com HAS e/ou DM do CAP. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários com HAS e/ou DM que vieram à consulta nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas e exames em atraso.

O monitoramento periódico de cobertura e de qualidade do nosso programa será realizado pela enfermeira e pela médica da unidade que revisará, todas as semanas, o livro de registro e a ficha-espelho. Ao final de cada mês, fecharemos a produção do mês na planilha e discutiremos os indicadores evidenciados com nossa equipe em reunião de equipe.

A análise situacional e a definição do foco de intervenção já foram discutidas com a equipe da UBS. Assim, a intervenção será iniciada com a capacitação de toda a equipe sobre manual técnico de HAS e/ou DM do Ministério de Saúde, 2012, para que toda a equipe utilize essas referências na atenção a esses usuários. As capacitações ocorrerão na própria UBS, para isso serão reservadas duas horas ao final do expediente, no horário utilizado para reunião de equipe.

O cadastro da população com HAS e/ou DM da área adstrita será realizado pela médica e enfermeira na consulta e em visita domiciliar, com ajuda dos ACSs que realizarão busca ativa de usuários com HAS e DM. O acolhimento dos usuários com HAS e/ou DM que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Usuários com HAS e DM com atraso nas consultas mensal serão atendidos no mesmo turno. Usuários com HAS e/ou DM com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para priorizar o tratamento de intercorrências desses usuários. Usuários com HAS e/ou DM que buscarem consulta de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que três dias. Os usuários com HAS e/ou DM que vierem à consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Para acolher demanda de intercorrências agudas deste grupo de usuários não há necessidade de alterar a organização de agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os usuários com HAS e DM proveniente da busca ativa serão reservadas cinco consultas por semana. Será realizado contato com os representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência, para apresentação do projeto esclarecendo a importância da realização de nossa intervenção.

Será solicitado apoio da comunidade no sentido de ampliar a cobertura da atenção aos usuários com HAS e/ou DM, esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional, sobre a importância do nosso programa, mobilizando-os, também, para participação nas atividades educativas na UBS. Médico, enfermeira e os ACSs visitarão os líderes comunitários e religiosos da comunidade. Será necessário transporte para a equipe

se deslocar às diferentes comunidades, sendo o gestor de saúde o responsável pelo mesmo. A mesma equipe entrará em contato com o gestor para solicitação de transporte sempre em nossa UBS.

Semanalmente, a enfermeira examinará as fichas espelhos e prontuários identificando aquelas que estão com consultas ou exame em atraso. Os ACSs farão busca ativa de todos os usuários com HAS e/ou DM em atraso. Ao fazer a busca já agendarão as consultas na unidade no dia mais próximo que o usuário puder.

O exame clínico apropriado dos usuários com HAS e/ou DM serão realizados pelo médico e enfermeira no âmbito da UBS e para isso se necessitaremos de balança, antropômetro, fita métrica, esfigmomanômetro, estetoscópio e glicosímetro. Faremos contato com o gestor municipal para garantir a disponibilização destes materiais necessários para avaliação correta dos usuários com HAS e DM. Toda a equipe orientará os usuários sobre a importância dos exames clínicos na prevenção oportuna das complicações.

Faremos capacitação da equipe sobre nosso programa. A capacitação será conduzida pela médica e enfermeira na própria UBS com duração de duas horas ao final do expediente na primeira semana de intervenção. A equipe já sabe dos temas que discutiremos para que possam estudar e se organizar.

Realizaremos palestras e rodas de conversa junto aos usuários e comunidade. Essas reuniões acontecerão aqui na UBS. Os encontros serão mensais e conduzidos por toda equipe da unidade de saúde.

Para garantir o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia serão informados, aos gestores de saúde, os medicamentos faltosos e os mais usados no tratamento dessas doenças. A técnica enfermagem realizará controle semanal destes medicamentos no âmbito da UBS, avaliando as quantidades em existência. Será articulado um trabalho em parceria entre as farmácias do SUS para melhorar a qualidade do atendimento destes usuários. Para garantir o atendimento odontológico aos usuários com HAS será articulada uma parceria com o dentista e a auxiliar do dentista para organizarem a agenda de saúde bucal e poder oferecer atendimento prioritário a este grupo na unidade de saúde.

Para avaliar a qualidade dos registros dos usuários com HAS e/ou DM acompanhados na unidade de saúde, o médico e a enfermeira realizarão uma revisão semanal dos registros dos usuários da área adstrita. Médica e enfermeira serão os responsáveis pelo preenchimento dos dados nestes documentos.

2.3.4 Cronograma

Mês da Intervenção	Primeiro Mês				Segundo Mês				Terceiro Mês				Quarto Mês			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Ações Propostas																
Cadastramento de novos usuários	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
Visita domiciliar pelos ACS	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
Atendimento à população alvo	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
Reuniões para capacitação da equipe	x				x				x				x			
Registro das informações na planilha eletrônica	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
Monitoramento dos indicadores e avaliação da intervenção				x				x				x				x
Checagem de material de apoio	x				x				x					x		
Busca ativa dos usuários	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x
Grupos educativos		x				x				x				x		

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

3 Relatório da Intervenção

Após verificarmos a necessidade de melhorar a atenção à saúde das pessoas com HAS e/ou DM na área de abrangência da UBS Gomes, localizada no município de Hugo Napoleão, estado do Piauí, elaboramos os passos necessários para concretização de nossa intervenção. Inicialmente, a intervenção estava prevista para ser realizada 16 semanas. Mas, por determinação da coordenação do curso de especialização, a intervenção foi reduzida para 12 semanas. Nossa meta inicial era alcançar 100% de nossa população e foi alcançada com a intervenção.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Inicialmente, tínhamos grande número de pessoas sem cadastro em nossa área de abrangência. Assim, a equipe tomou como estratégia aumentar a busca ativa desses usuários. A busca foi realizada por toda equipe, mas com maior participação dos ACSs que, uma vez na semana, realizavam visitas a todos os usuários e já agendavam consultas na UBS.

Fizemos exames clínicos em todos os usuários cadastrados e acompanhados e exames complementares para todos. Isso significa um número importante de usuários com exames em dia, mas aconteceram pequenas dificuldades na realização desses exames porque demorava a marcação para realizar a coleta de sangue e, também, a chegada dos resultados. Mas, com o apoio da SMS que ajudou na agilização e qualidade do serviço todos os usuários com HAS e/ou DM realizaram os exames.



Figura 1 – Atendimento clínico. Hugo Napoleão, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio

Os usuários que iam até a unidade eram muito bem acolhidos pela equipe de saúde, eram orientados de como iria transcorrer o dia, perguntavam sobre suas dúvidas e preocupações. A enfermeira esclarecia as dúvidas e queixas e eram encaminhados para consulta, se necessário. As consultas foram de acordo com os protocolos de atendimento e, depois, eram encaminhados para a consulta com a dentista. A dentista atendia aos usuários e a técnica do dentista era responsável por agendar consulta de retorno para quem precisava. A dentista e a técnica, também, participavam das visitas domiciliares para atender os usuários acamados e que não podiam ir até a unidade. A dentista, também, ajudou com as palestras sobre saúde bucal.

Também, apresentamos dificuldades em uma micro área onde tivemos que reforçar o trabalho da equipe já que uma ACSs adoeceu ficando vários meses afastadas de suas atividades. A disponibilidade de medicamentos, também, foi problema e fazia com que muitas vezes o usuário voltava para consulta sem o devido controle da doença.



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

Quanto ao acesso dos medicamentos, todos os usuários tiveram acesso. Nossa dificuldade foi que há medicamentos que não temos em nossa farmácia e demoram para chegar em nossa unidade. Mas, os usuários, também, contam com a farmácia popular onde podem retirar os medicamentos. Mas, com apoio da SMS foi melhorando o abastecimento de medicamento em nossa farmácia.

Não temos consultas multidisciplinares no município para avaliação dos usuários com doenças crônicas, a secretaria disponibiliza consulta das especialidades do NASF, mas cada especialidade passa tratamentos da doença de sua especialidade e muitas vezes o usuário realiza tratamentos de cada especialidade, repetindo remédios, pois não foi avaliado por ambas especialidades.

O registro dos usuários foi realizado de forma organizada e sistemática. Foi criado um livro de registros para o cadastramento dos usuários em que foram transcritos todos os dados dos usuários com HAS e/ou DM, como os medicamentos, realização dos exames e outras anotações importantes. Funcionava, também, com um sistema de alerta. Além do livro, também, utilizamos os prontuários individuais e

as fichas-espelho para cada usuário. Este controle foi realizado pela enfermeira e médica da UBS. Alimentamos o SIAB, a enfermeira e uma funcionária da SMS.

Durante a intervenção, tivemos dificuldades para receber os materiais solicitados à gestão municipal como, xerox da ficha-espelho, fita para o glicosímetro, canetas, folhas brancas e caderno. Mas, isso não impediu o funcionamento normal do trabalho, pois com o apoio da comunidade a equipe conseguiu garantir o fornecimento desses materiais.

Trabalhamos muitas questões de promoção de saúde para que as pessoas se aproximassem mais da unidade, o que foi muito positivo e teve boa adesão da comunidade. No começo, não estavam muito animados e só foram cinco. Mas, depois, nos próximos cinco grupos de usuários que realizamos já tínhamos mais de dez pessoas.

A população ficou muito animada com todas as atividades e participavam de forma ativa, fizeram perguntas importantes como poder fazer uma dieta adequada para um bom controle das doenças, por quanto tempo tem que fazer o tratamento e muitas perguntas mais. Todas foram esclarecidas, todos da equipe participaram, inclusive dentista, com maior participação da médica e da enfermeira.



Figura 3 – Atendimento educativo. Hugo Napoleão, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio

Todo esse trabalho foi possível desenvolver graças a forte união da equipe de saúde para realizar as atividades, ao apoio das lideranças da comunidade e do município, os quais participavam nas reuniões da equipe que eram realizadas todas as semanas e eram informadas de todas as atividades e as dificuldades que a equipe estava passando.

Conseguimos fazer as capacitações. Havíamos planejado para ser mensal, mas fizemos, ao todo, dez capacitações. Percebemos que era necessário aumentar o número e que a previsão de somente mensal era pouco para discutirmos todos os temas e sanar as dúvidas da equipe. A equipe toda participou e puderam sanar as dúvidas. As capacitações foram mediadas pela médica e enfermeira da unidade de saúde. Foi realizada após reuniões de equipe e tinha duração de 2 horas, aproximadamente.

Tivemos problemas e dificuldades e nem sempre conseguimos avaliar a aferição dos esfigmomanômetros, balanças eglicosímetros que são muito utilizados.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.

Todas as ações previstas em nossa intervenção foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Uma das ferramentas mais importantes e que ajudaram muito a controlar o cadastramento e o registro dos usuários com HAS e/ou DM foi à planilha eletrônica de coleta de dados. O indicador referente à proporção de usuários com exames complementares em dia, segundo protocolos, gerou dificuldade ao princípio já que alguns usuários esqueciam os resultados dos exames em suas residências ou não iam buscar o resultado, ou iam realizar os exames na capital do estado, onde esperavam o atendimento de algum especialista. A estratégia adotada foi solicitar a cópia dos exames dos usuários da área de abrangência para o laboratório da sede do município e, também, se falou a importância de procurar os resultados para que foram levados na consulta para ser avaliados pelo médico.

O diário de intervenção foi uma etapa muito difícil em nossa intervenção pois a equipe precisava de muita dedicação e como a equipe tinha dias que precisava se deslocar a grandes distâncias para atender os usuários agendados, retornando tarde para a casa e ficava cansativo passar para o diário todas as atividades desenvolvidas no dia.

Vale destacar que, além das atividades programadas para as pessoas com HAS e/ou DM, tínhamos que desenvolver ações de pré-natal e puerpério, saúde

da criança, saúde do idoso, atividades de promoção e prevenção de saúde nas vilas e comunidades necessitadas. Devido às mudanças de planejamento realizadas pela gestão e do excesso de demanda nestas ações de saúde, muitas vezes não consegui escrever o diário de intervenção no mesmo dia.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações de nosso projeto terão continuidade em nosso trabalho do dia a dia, entre os quais continuar o cadastro dos usuários, também, continuar a busca de usuários faltosos às consultas conforme a periodicidade recomendada. Continuaremos insistindo com o gestor municipal maior rapidez no resultado dos exames, assim como uma maior disponibilidade de medicamentos. O trabalho com os usuários com HAS e/ou DM foi muito valioso para nosso trabalho e comunidade e por isso, será continuado de forma permanente, pois a intervenção trouxe uma mudança no estilo de trabalho de nossa UBS e que nossa comunidade hoje é muito melhor atendida, pois os gestores hoje estão mais comprometidos com ao trabalho da UBS. Continuaremos adequando nossas atividades do dia a dia às necessidades de saúde da comunidade para que possamos fazer um trabalho melhor a cada dia.

4 Avaliação da intervenção

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.

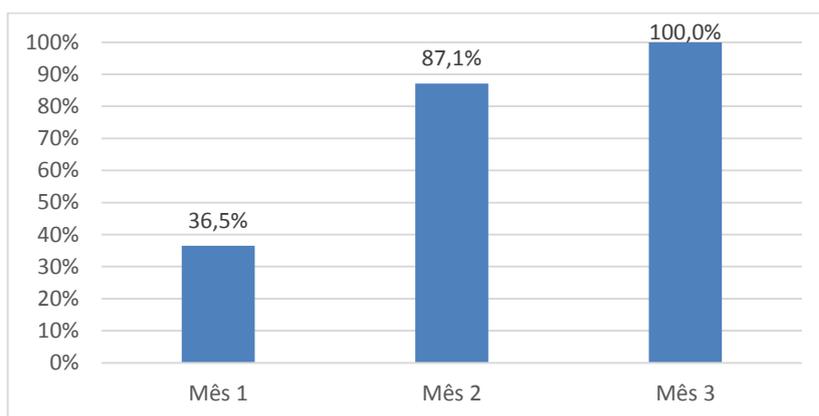


Figura 4 – Cobertura do programa de atenção às pessoas com HAS da UBS Gomes, Hugo Napoleão, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio

Como podemos observar na figura 4, no primeiro mês, foram acompanhados 31 (36,5%) usuários com HAS; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 74 (87,1%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 85 (100%) usuários com HAS. Antes da intervenção, acompanhávamos 16 (19%) usuários de nossa área. Desta forma, alcançamos mais usuários do que o estima pelo CAP, que era de 83 usuários. Desta forma, nosso denominador foi 85.

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.

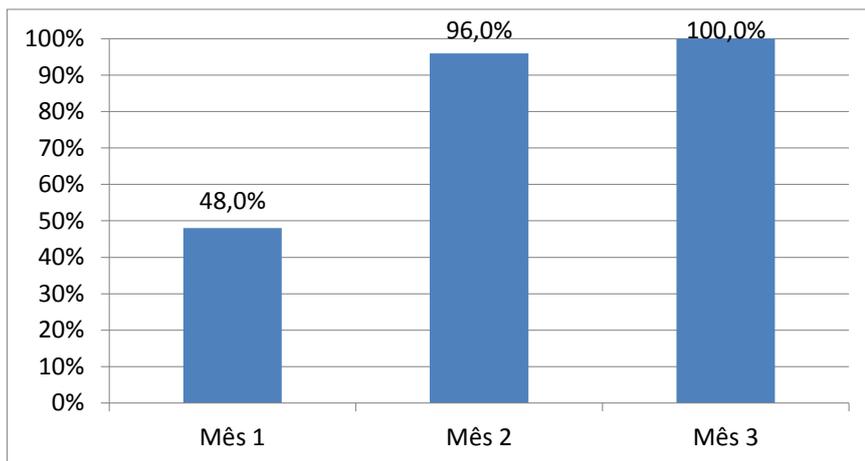


Figura 5 - Cobertura do programa de atenção as pessoas com DM da UBS Gomes. Hugo Napoleão, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio

Como podemos observar na figura 5, no primeiro mês, foram acompanhados 12 (48%) usuários com DM; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 24 (96%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 25 (100%) usuários com DM. Antes da intervenção, acompanhávamos 3 (13%) usuários de nossa área, de acordo com a estimativa do CAP. Desta forma, alcançamos mais usuários do que o estima pelo CAP, que era de 24 usuários. Desta forma, nosso denominador foi 25.

Contamos com facilidades para alcançar esse objetivo como o trabalho em equipe realizado em nossa comunidade através dos ACSs que fizeram a busca ativa dos usuários faltosos e casos novos. Nossa maior dificuldade é que nem todos os usuários encaminhados pelos ACS para as consultas na UBS iam, outra dificuldade foi que uma micro área ficou sem ACS o que dificultou um pouco o trabalho da equipe.

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

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 31 (100%) usuários com HAS; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 74 (100%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 85 (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 12 (100%) usuários com DM; no segundo mês, foram cadastrados e acompanhados 24 (100%); ao final do terceiro mês, foram acompanhados 25 (100%) usuários com DM.

Para realizar os exames clínicos apropriados dos usuários nossa maior facilidade é que contamos com consultório médico onde trabalhamos todos os dias e, também, através das HiperDia onde são realizados os exames clínicos a todos os usuários com HAS e/ou DM. A maior dificuldade para realizar os exames clínicos apropriados dos usuários com HAS e/ou DM foi que, muitos deles, moram longe da unidade e a consulta tem que se em visita domiciliar.

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, foi garantido para 31 (100%) usuários com HAS; no segundo mês, para 74 (100%); ao final do terceiro mês, para 85 (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 garantidos para 12 (100%) usuários com DM; no segundo mês, para 24 (100%); ao final do terceiro mês, para 25 (100%) usuários com DM.

Em nosso município, contamos com uma sala onde é realizada a coleta de sangue e realizados todos os exames e encaminhados pelos SUS, sendo nossa maior facilidade para garantir a realização dos exames aos usuários com HAS. A maior

dificuldade para realizar os exames complementares apropriados dos usuários foi que, para realizar alguns exames, o usuário tem que se recorrer a outro município e demora um pouco receber os resultados mais com o trabalho da equipe e o apoio da SMS chegamos ao 100%.

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.

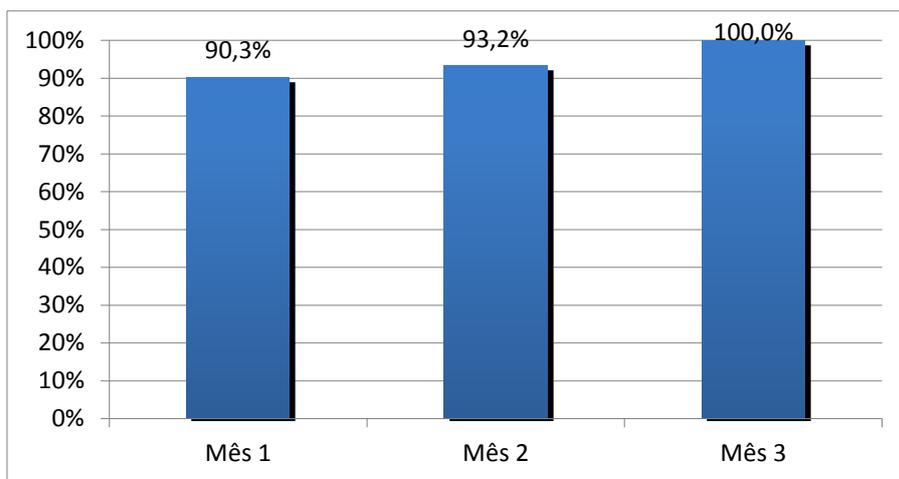


Figura 6 – Proporção de pessoas com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia na UBS Gomes. Hugo Napoleão, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio

Como podemos observar na figura 6, no primeiro mês, foram priorizadas a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 28 (90,3%) usuários com HAS; no segundo mês, para 69 (93,2%); ao final do terceiro mês, para 85 (100%) usuários com HAS.

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

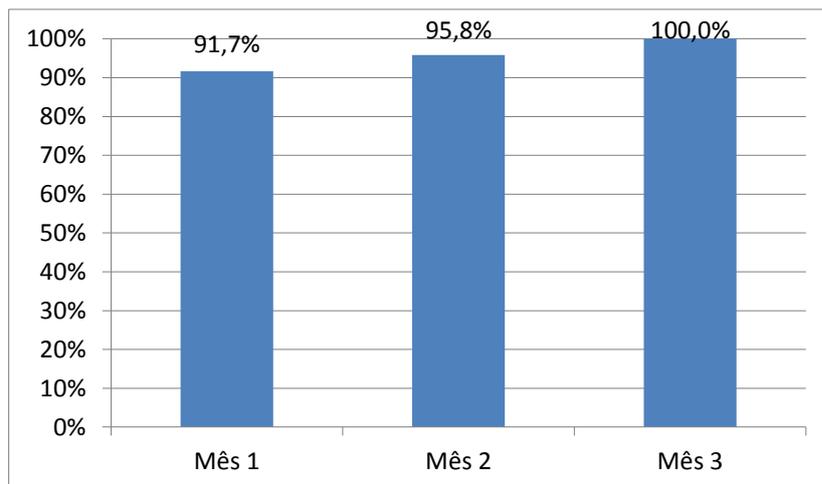


Figura 7 – Proporção de pessoas com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia na UBS Gomes. Hugo Napoleão, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio

Como podemos observar na figura 7, no primeiro mês, foram priorizadas a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 11 (91,7%) usuários com DM; no segundo mês, para 23 (95,8%); ao final do terceiro mês, para 25 (100%) usuários com DM.

Para priorizar a prescrição de medicamentos dos usuários com HAS e/ou DM contamos com uma farmácia em nossa UBS onde são entregues os medicamentos prescritos em consultas feitas na UBS, HiperDia e visitas domiciliares sendo nossas maiores facilidades. Nossa maior dificuldade é que nem todos os medicamentos prescritos existem nas farmácias populares.

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.

Em todos os usuários com HAS foi realizada a avaliação de necessidade de atendimento odontológico. Desta forma, no primeiro mês foram avaliados 31 (100%), no segundo mês, 74 (100%) e no terceiro mês foram avaliados 85 (100%).

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

Em todos os usuários com DM foi realizada a avaliação de necessidade de atendimento odontológico. Desta forma, no primeiro mês foram avaliados 12 (100%), no segundo mês, 24 (100%) e no terceiro mês foram avaliados 25 (100%).

Nossas maiores facilidades para a avaliação das necessidades de atendimento odontológico é que, na UBS, contamos com consulta com as condições adequadas e uma doutora e técnica de odontologia onde se encaminham os usuários que assistem as consultas e através dos ACSs. Nossa dificuldade é que nem sempre a dentista tem o material necessário para trabalhar.

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.

Graças ao bom trabalho realizada pela equipe e, principalmente, dos ACSs, não tivemos faltosos durante a intervenção.

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

Devido ao bom trabalho desempenhado pela equipe e, principalmente, pelos ACS, não tivemos usuários faltosos durante nossa intervenção.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

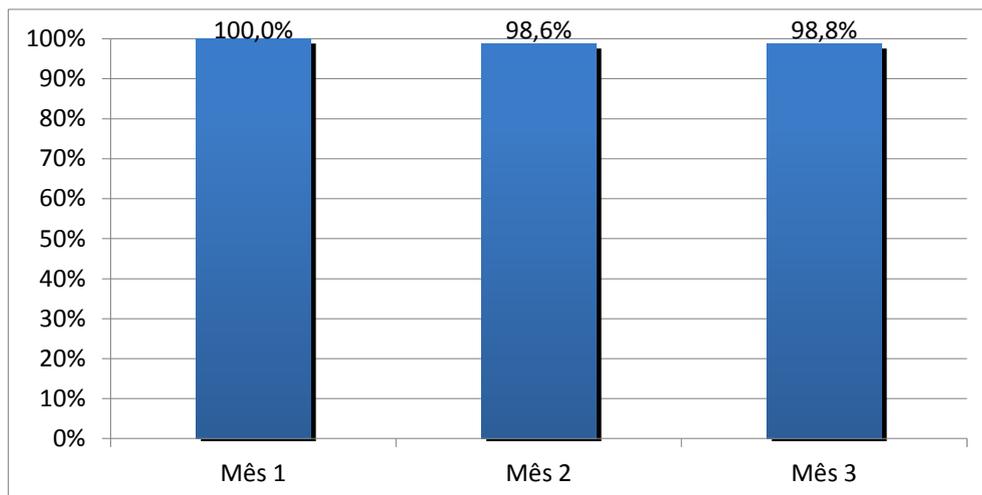


Figura 8 – Proporção de pessoas com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Gomes. Hugo Napoleão, PI, 2015. Fonte: arquivo próprio

Conforme observado na figura 8, tivemos 31 (100%) usuários com registro adequado, no segundo mês, tivemos 73 (98,6) e no terceiro mês tivemos 84 (98,8%) usuários com o registro adequado durante a intervenção.

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

Durante a intervenção, todos os usuários com DM tiveram registro adequado. Assim, no primeiro mês foram 12 (100%), no segundo mês, foram 24 (100%), no terceiro mês, 25 (100%).

Em nossa UBS contamos com uma sala onde são feitas as fichas de acompanhamento para todos os usuários. A maior dificuldade é que demorava a entrega das fichas para preenchimento, mas tivemos apoio da equipe, comunidade e SMS conseguimos superar essa dificuldade.

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.

Todos os usuários com HAS cadastrados e acompanhados tiveram realizadas a estratificação do risco cardiovascular. Assim, no primeiro mês, foram realizadas em

31 (100%) usuários, no segundo mês, em 74 (100%) usuários e no terceiro mês em 85 (100%) usuários com HAS.

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

Todos os usuários com DM cadastrados e acompanhados na UBS tiveram realizadas a estratificação do risco cardiovascular. Assim, no primeiro mês, foram realizadas em 12 (100%) usuários, no segundo mês, em 24 (100%) usuários e no terceiro mês em 25 (100%) usuários com DM.

A estratificação de risco cardiovascular dos usuários com HAS e/ou DM foram realizadas durante a consulta sem dificuldades. A maior dificuldade foi que nem todos os usuários com tinham a possibilidade de ir na unidade de saúde tendo, assim, que fazer a visitas domiciliares.

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. Assim, no primeiro mês, foram orientados 31 usuários (100%), no segundo mês, foram 74 (100%), no terceiro mês foram orientados 85 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. Assim, no primeiro mês, foram orientados 12 usuários (100%), no segundo mês, foram 24 (100%), no terceiro mês foram orientados 25 usuários com HAS.

Nossa maior facilidade para garantir uma boa orientação nutricional sobre alimentação saudável é que temos nutricionista e participou de alguns encontros. A maior dificuldade é que temos uma nutricionista para duas equipes e ela não pode

participar em todas as atividades realizadas pela equipe. Mas, com a capacitação a equipe pode fazer bem as orientações.

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 a orientação em relação à prática regular de atividade física a todos os usuários cadastrados e acompanhados em nossa UBS. Assim, no primeiro mês, foram orientados 31 usuários (100%), no segundo mês, foram 74 (100%), no terceiro mês foram orientados 85 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. Assim, no primeiro mês, foram orientados 12 usuários (100%), no segundo mês, foram 24 (100%), no terceiro mês foram orientados 25 usuários com DM.

A presença de reabilitador físico e do educador físico em nossa UBS constitui a maior facilidade porque ele atua diretamente na comunidade e na UBS onde realiza atividades físicas e palestras. Não tivemos dificuldades com as orientações em relação a prática regular de atividade física dos usuários hipertensos.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Foi garantido orientação sobre os riscos do tabagismo para todos os usuários com HAS. Assim, no primeiro mês, foram orientados 31 usuários (100%), no segundo mês, foram 74 (100%), no terceiro mês foram orientados 85 usuários com HAS.

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

Foi garantido orientação sobre os riscos do tabagismo para todos os usuários com DM. Assim, no primeiro mês, foram orientados 12 usuários (100%), no segundo mês, foram 24 (100%), no terceiro mês foram orientados 25 usuários com DM.

Através das palestras realizadas na comunidade e orientações nas consultas médicas foram feitas as orientações sobre os riscos do tabagismo a todos os usuários. Não tivemos dificuldades.

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 a todos os usuários com HAS. Assim, no primeiro mês, foram orientados 31 usuários (100%), no segundo mês, foram 74 (100%), no terceiro mês foram orientados 85 usuários com HAS.

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

Conseguimos garantir orientação sobre higiene bucal a todos os usuários com DM. Assim, no primeiro mês, foram orientados 12 usuários (100%), no segundo mês, foram 24 (100%), no terceiro mês foram orientados 25 usuários com DM.

A orientação sobre higiene bucal dos usuários com HAS e/ou DM é realizada pela dentista e pela técnica de odontologia nas consultas feitas na UBS e através de visitas domiciliares sendo nossa maior facilidade. Não temos dificuldade sobre higiene bucal em nossa UBS.

4.2 Discussão

O trabalho de intervenção foi muito importante para a UBS Gomes no município de Hugo Napoleão, pois fez que a equipe se empoderasse de seu papel e passasse a desenvolver ações de prevenção de doenças e promoção saúde. No começo da intervenção, nossa UBS contava com 16(19%) usuários com HAS e três (13%) usuários portadores de DM para uma população de 415 habitantes. Ao final da intervenção, conseguimos alcançar 100% de cobertura, com 85 (100%) usuários

cadastrados e acompanhados com HAS e, igualmente, para 25 (100%) usuários com DM. Conseguimos que todos os usuários tivessem os exames complementares realizados, que todos tivessem avaliação da necessidade de atendimento em saúde bucal pelo próprio dentista e todas as orientações de promoção à saúde realizadas.

Apesar das dificuldades enfrentadas pela equipe devido ao apoio logístico insuficiente oferecido pela gestão, podemos destacar que a intervenção permitiu uma união muito mais forte da equipe e o desenvolvimento de estratégias e soluções dos problemas. Dessa forma, tanto a equipe, como a comunidade se tornaram mais autônomas.

No decorrer do trabalho de intervenção, nossa equipe garantiu que os registros das pessoas com HAS e/ou DM fossem realizados de forma organizada e sistemática. O atendimento clínico às pessoas com HAS e/ou DM também foi realizado com total qualidade, incluindo a avaliação do risco cardiovascular e o exame exaustivo dos pés nos usuários com DM. Este é muito importante para a diminuição das aparições de futuras complicações e permitiu fazer diagnósticos diferenciais de doenças infectocontagiosas como fungos frente à possível aparição da ulcera ou pé diabético.

Quanto a busca ativa de usuários faltosos à consulta, podemos destacar que não tivemos usuários faltosos, graças ao bom trabalho realizado por toda equipe. Além disso, realizamos capacitações dos profissionais e monitoramento e avaliação das atividades planejadas. O contato com lideranças e demais membros da comunidade foi um dos pontos mais positivos neste trabalho, tendo em vista que com a ajuda dos mesmos estamos conseguindo resolver parte dos problemas apresentados, tais como: transporte, apoio logístico em geral como disponibilização de canetas, folhas, xerox para prontuários e fichas-espelhos. Além das ações citadas, também foi realizado o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, a manutenção das informações nos registros, como SIAB e registros internos da UBS e o monitoramento e avaliação das atividades planejadas. Os processos preconizados nos protocolos de atendimento, assim como, as ações programadas e a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre protocolo de HAS e DM também foram desenvolvidas. Outro aspecto positivo também está diretamente relacionado com a comunidade e com os líderes comunitários os quais foram de muita ajuda para nossa equipe.

Cada uma das atividades desenvolvidas na UBS foi uma experiência interessante para a equipe, pois fomos adquirindo conhecimentos e experiências que consolidaram o trabalho e se transformaram em rotina para a UBS.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do MS relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos usuários com HAS e/ou DM. Além de se constituir uma forte ferramenta na busca de soluções alternativas ante os obstáculos apresentados e fortalecer a união dos membros da equipe promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira e da auxiliar de enfermagem e principalmente o interesse de todos os membros da equipe em desenvolver o projeto de intervenção de qualidade para incorporá-lo à rotina do serviço.

Uma das ações que ajudou na realização de atividades de interesse assistencial para o cadastramento, avaliação e demais atividades foram as capacitações oferecidas para todos os membros da equipe, a definição das atribuições de cada membro para o exame clínico, realização de visitas domiciliares, bem como outras atividades de engajamento que contribuíram para a qualidade do atendimento clínico.

Com a capacitação dos profissionais da equipe, se desenvolveram reuniões, ao todo foram dez capacitações e, no primeiro contato, foram definidas 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.

A enfermeira realizou ações educativas com os usuários com HAS e/ou DM e seus familiares; ofereceu consulta de avaliação clínica, segundo protocolo de atendimento e atribuições, solicitou exames complementares de rotina, orientou tratamento conforme protocolo do serviço; transcreveu medicação controlada, identificou os casos de alto risco cardiovascular e demais complicações e encaminhou para avaliação especializada; realizou atividades com grupos de usuários com HAS e/ou DM; realizou visita domiciliar, e participou ativamente na busca dos usuários faltosos à consulta.

A médica, realizou consultas de avaliação aos usuários com HAS e/ou DM; solicitou os exames específicos para estes usuários segundo especificidades de cada caso e segundo protocolos do MS orientou aos usuários com HAS e/ou DM quanto aos fatores de riscos e sinais de complicações; nos casos que apresentaram sinais

de gravidade encaminhou o usuário para unidade especializada e realizou visitas domiciliares e atividades educativas em conjunto com a equipe.

Os técnicos de enfermagem realizaram ações educativas para os usuários com HAS e/ou DM; verificaram peso, altura, aferição da pressão arterial e fizeram as anotações dos dados no prontuário clínico e na ficha-espelho; participaram de atividades educativas e de grupo; alertaram a médica e à enfermeira das complicações devido à doença de base ou qualquer outra não relacionada, estes profissionais forneceram a medicação aos usuários mediante receita médica.

Os ACSs realizaram visitas domiciliares e busca ativa de usuários, identificaram os atrasos na realização dos exames complementares indicados pelo médico ou pela enfermeira; verificaram a constância da ingestão dos medicamentos controlados de cada um destes usuários. Também participaram em todas as atividades educativas de promoção à saúde e prevenção de doenças programadas, assim como aumentaram a capacidade de gestão para solução dos problemas na comunidade, engajando ativamente todos os usuários envolvidos no projeto.

A intervenção foi muito importante para a comunidade já que se priorizou o atendimento aos usuários com HAS e/ou DM, diminuindo o tempo de espera, facilitando a prescrição e adesão aos tratamentos nas farmácias populares, regularizando e mantendo uma estabilidade nos tratamentos prescritos pelo médico. com a intervenção também conseguimos engajar a comunidade nas atividades propostas de forma que eles tivessem uma participação ativa no desenvolvimento das ações coletivas e na tomada de decisões.

Se a intervenção tivesse que reiniciasse agora, eu como médica trataria de envolver mais os líderes comunitários para que os problemas enfrentados se tornassem mais amenos.

Neste momento a equipe se sente preparada para enfrentar e solucionar os problemas que ainda existirão ao longo do trabalho. Tenho certeza que com todos os conhecimentos adquiridos pelos profissionais da equipe, a comunidade se encontra protegida. Destaco isso porque todos os membros têm sido capacitados, têm participado de reuniões para desenvolver estratégias e para solucionar os problemas que se apresentam e, sobretudo, têm demonstrado o compromisso e responsabilidade de cuidar da saúde da população.

As atividades realizadas foram incorporadas à rotina do serviço de maneira irreversível, à medida que vamos avançando, o processo de trabalho da equipe vai se

qualificando. Mas, ainda faltam alguns pontos para serem trabalhados, como: a conscientização por parte de alguns membros da comunidade no que tange a priorização do atendimento aos usuários com HAS e/ou DM, em especial aos de alto risco, vamos desenvolver ações mensais em todas o micro áreas para aumentar a cobertura do atendimento aos usuários com HAS e/ou DM e aumentar o rastreamento dos usuários para detecção de casos novos. Também, continuaremos as capacitações para manter o nível de conhecimento adquirido pelos profissionais e, manteremos as reuniões para discussão e avaliação das atividades realizadas. Continuaremos com o monitoramento e avaliação dos processos segundo o preconizado pelos protocolos do Ministério da Saúde. Serão convidados para participar do grupo de usuários com HAS e/ou DM os usuários com fatores de risco para contrair estas doenças e evitar a aparição ou alongamento da sua aparição.

Ainda temos muito que fazer mais com um bom trabalho em equipe todo será possível.

5 Relatório da intervenção para gestores

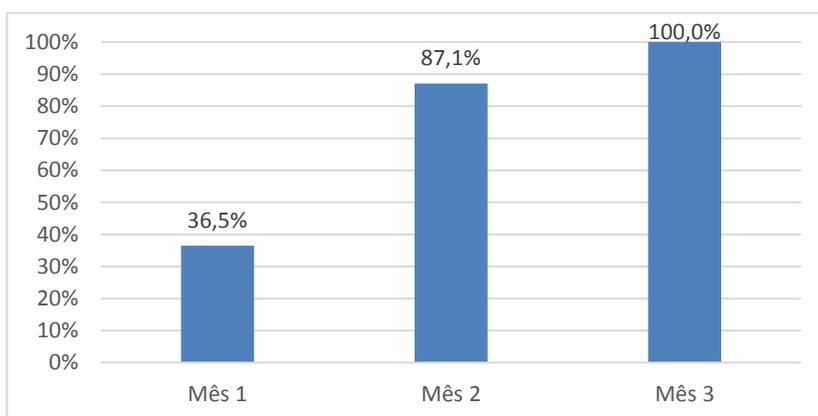
Senhores gestores do município Hugo Napoleão,

A hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus constituem grave problema de saúde pública e afeta nossa área de saúde, no Brasil e no mundo, com aparição a cada dia de casos novo em pessoas de menos idades e a ocorrência de complicações como invalidez permanente. Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal.

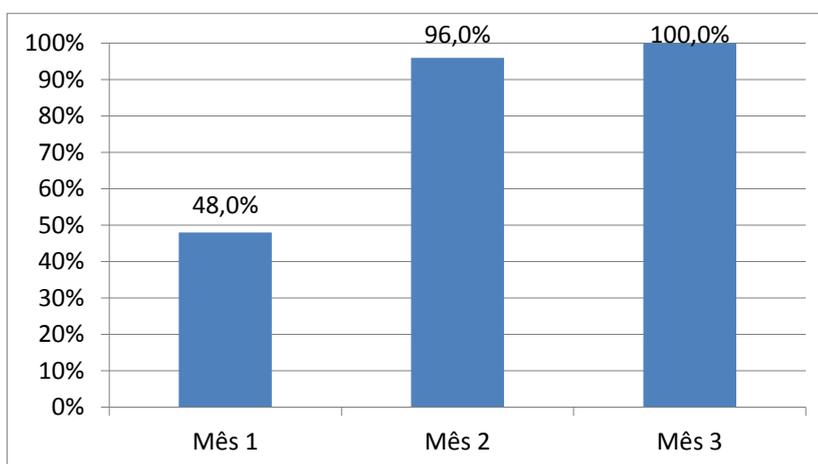
Por isso, na atenção primária de saúde temos que trabalhar para aumentar a busca de casos novos, disponibilizar o tratamento oportuno para controlar as doenças e evitar as complicações, atuando sobre os fatores de risco. Portanto, a equipe de saúde tratou de realizar uma análise situacional e priorizar os problemas de saúde, decidiu elaborar um projeto que possibilitasse desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção de doenças e tomar condutas adequadas em relação aos usuários com HAS e/ou DM. Nosso projeto de intervenção realizado faz parte da especialização em saúde da família cursada por mim, enquanto médica do programa mais médicos do Brasil, realizada pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel).

O projeto de intervenção no município foi desenvolvido por 12 semanas e obteve resultados positivo, melhorando os indicadores de saúde da população de Hugo Napoleão. As ações previstas no projeto foram desenvolvidas com qualidade e de maneira integral. Foram alcançados resultados de saúde positivo como: conseguimos cadastrar e acompanhar todos os usuários de nossa área de abrangência e atingir bons indicadores de qualidade. Antes da intervenção

assistíamos somente 16 (19%) usuários com HAS e três usuários com DM. Após a intervenção, conseguimos cadastrar e acompanhar todos os usuários: 85 (100%) usuários com HAS e 25 (100%) usuários com DM. Quanto à proporção de usuários com exame clínico em dia foi de 100%, assim, como de usuários com exames complementares realizados. O atendimento odontológico dos usuários com HAS e/ou DM alcançou ao final da intervenção em 100%. Conseguimos realizar ações de promoção à saúde a toda população (100%) com HAS e/ou DM, como sobre os risco do tabagismo, sobre alimentação saudável, atividade física regular e higiene bucal.



Proporção de cobertura de usuários assistidos com HAS da UBS Gomes



Proporção de cobertura de usuários assistidos com DM da UBS Gomes

Os resultados do trabalho realizado estiveram relacionados com a boa inter-relação da equipe de saúde e dos gestores, a participação na hora de planejar as ações educativas do cronograma. A equipe conseguiu com ajuda da secretaria municipal de saúde o transporte dos usuários acamado, também, para realização dos

exames complementares e medicamentos. Mas, precisamos melhorar coisas simples como facilitar os impressos necessários para os registros adequados da equipe de saúde.

As atividades da intervenção estão incorporadas na rotina do serviço, a população conhece os dias de atendimento dos programas, a equipe tem um sistema de trabalho, procura ideias positivas para melhorar a avaliação dos usuários que procuram o serviço na UBS, temos certeza que podemos fazer muitas coisas e alcançar maior qualidade do serviço, trabalhando em equipe junto aos gestores e comunidade.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados líderes comunitários e comunidade,

Como médica do programa mais médicos do Brasil, cursei a especialização em saúde da família da Universidade de Federal de Pelotas (UFPel). Como parte da especialização e após análise situacional de nossa UBS e apoio da equipe, elaboramos um projeto de intervenção que teve como objetivo geral melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da área da UBS Gomes. Um dos motivos para essa intervenção era aumentar nossa cobertura aos usuários, uma vez que, antes da intervenção, assistíamos poucos usuários com HAS e/ou DM.

Assim, nosso projeto de intervenção foi realizado na Unidade Básica de Saúde Gomes, no mHugo Napoleão estado Piauí. Após a implementação de 12 semanas de intervenção.

Foram realizadas todas as atividades previstas tendo grande implicação na vida dos usuários com HAS e/ou DM, buscando melhorar os indicadores de saúde da população assistida e para isso mudamos a forma de trabalhar da equipe, melhorando o acolhimento, priorizando as consulta ao público alvo, mas sem prejudicar as demais pessoas. Os agentes comunitários de saúde e toda equipe fizeram busca dos usuários, sendo avaliado total de 85 (100%) pessoas com HAS e 25 (100%) com DM. Fizemos também avaliação das necessidades de atendimento odontológico de cada pessoa e antes da intervenção estes usuários eram acompanhados apenas pela equipe de saúde, e hoje são avaliados por múltiplos profissionais de saúde, ampliando assim a satisfação dos usuários que ficaram satisfeitos com esta melhora na cobertura.

Além disso, a intervenção foi muito importante para a equipe porque aumentou a responsabilidade de cada integrante sobre este grupo de pessoas, melhorando a preparação para atuar sobre estas e outras doença, permitindo

conhecer melhor os usuários de sua micro área. Aumentou também os vínculos entre os agentes comunitários e a comunidade, entre os agentes e outros integrantes da equipe.

Realizamos mais atividades de educação em saúde, aumentando assim o conhecimento da comunidade sobre doenças e a importância das consultas para evitar complicações, além de orientações sobre alimentação, atividades físicas, cuidados dos pés, entre outros. Com isso, a comunidade passou a mudar seu estilo de vida, aumentando a consciência sobre o processo saúde-doença.

Tivemos uma grande participação dos gestores para tentar resolver os problemas da UBS, pois sem o suporte da gestão ficaria impossível conseguirmos os bons resultados que tivemos.

Realizamos atividades educativas, debatendo sobre vários assuntos como o que é hipertensão arterial e diabetes, alimentação saudável, saúde bucal, tabagismo, prática regular de atividade física, sedentarismo, entre outras atividades que foram coordenadas por um ou mais profissionais da unidade básica. Estas ações foram muito enriquecedoras para prevenção e controle da hipertensão arterial e diabetes, além da avaliação pelo odontologista. Muitas dessas ações só tiveram êxito porque a comunidade foi muito colaborativa nas ações desenvolvidas na unidade e no acolhimento nas visitas domiciliares.

Os resultados alcançados com o trabalho foram muito importantes para a atenção à saúde, comunidade e principalmente para os usuários, com melhorias na qualidade de vida e consequente redução das possibilidades de complicações devido às doenças. Houve mudanças no processo de trabalho e as ações da intervenção se encontram inseridas na rotina de trabalho da UBS da nossa área de atuação. Houve aumento da conscientização da população sobre a prevenção e importância de adotar hábitos saudáveis de vida.

Para que consigamos continuar trabalhando de forma de que atenda as necessidades de saúde população é necessário que a população continue participando das atividades de saúde realizadas em nossa unidade de saúde. A participação da comunidade deve ser não somente como receptora e espectadora das ações de saúde, mas, também, participando de forma decisórias nos espaços de decisão da unidade de saúde.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Lembro que, quando comecei foi complicado, já que nunca havia realizado cursos na internet, pois minha formação como médica sempre foi assistindo aulas com professores. Também, a mudança do idioma complicou um pouco meu trabalho, fui avançando, estudando cada dia e com a ajuda da minha orientadora que se comportou muito bem e sempre orientando as coisas que deveria melhorar na hora das atividades.

A participação nos fóruns de saúde coletiva e da área clínica me ajudou a conhecer as experiências dos colegas, aprenderem de seus trabalhos. O curso me ensinou sobre a importância do trabalho em equipe, acolhimento, conhecer sobre a estrutura adequada da UBS, o trabalho com programas priorizados e a organização das ações educativas de saúde na população, interagindo com líderes comunitárias e autoridades municipais. As tarefas fizeram que estudasse novamente as diferentes doenças frequentes no meu trabalho.

Realmente, o curso superou minhas expectativas iniciais e representa uma experiência na minha vida de profissional da saúde, agora me sinto mais preparada no meu trabalho como médica de família e comunidade. Estou muito feliz de viver uma experiência de vida em relação com minha profissão, conhecer novas culturas e ajudar ao povo brasileiro, sobretudo no município Hugo Napoleão.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual técnico de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

IBGE. Censo demográfico 2010. Brasil, 2010. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=432240>>. 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
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

Eu, yadira Echemendia Agramonte, Medica e/ou membros da Equipe gomes 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, yadira echemdnia agramonte _____, 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