

Universidade Aberta do SUS - UNASUS

Universidade Federal de Pelotas

Especialização em Saúde da Família

Modalidade a Distância

Turma 6



**Melhoria da Atenção à Saúde dos diabéticos e hipertensos da UBS SANSCA-
Pelotas / RS**

Eliane da Motta Cardoso

Pelotas, 2015.

Eliane da Motta Cardoso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Diabéticos e Hipertensos da UBS SANSCA-
Pelotas / RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância - UFPEL/UNASUS como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Dra Wâneza Dias Borges Hirsch

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

C268m Cardoso, Eliane da Motta

Melhoria da atenção à saúde dos diabéticos e hipertensos da UBS Sansca-Pelotas/RS / Eliane da Motta Cardoso ; Wâneza Dias Borges Hirsch, orientadora. — Pelotas, 2015.

108 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. Diabetes Mellitus. 4. Hipertensão. I. Hirsch, Wâneza Dias Borges, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Agradecimentos

À minha colega de trabalho na unidade de saúde onde foi realizado o estudo, Enf^a Maria Melicia Schumann, pela colaboração, incentivo e amizade.

À minha orientadora Wâneza Dias Borges Hirsch, pelos ensinamentos e apoio na construção deste trabalho.

Ao meu esposo Sandro Cardoso e filha Vitória Cardoso, sempre me incentivando e torcendo por mim.

Às minhas colegas Enf^a Francielle Antunes e Enf^a Janaina Jordão pelo companheirismo e trocas de experiências durante a execução deste trabalho.

À médica Andreia Saratt, pelo apoio e ajuda na execução deste trabalho.

Aos colegas integrantes da equipe de saúde da família SANSCA, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, nutricionista pelo apoio e ajuda.

À minha cunhada Prof^a Daniele Motta pela correção ortográfica.

“Lute com determinação, abrace a vida com paixão, perca com classe e vença com ousadia, porque o mundo pertence a quem se atreve e a vida é muito para ser insignificante.”

(Charles Chaplin)

Lista de figuras

- Figura 1-** Evolução mensal do indicador cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBS SANSCA. Pelotas, RS.....54
- Figura 2 -** Evolução mensal do indicador cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. UBS SANSCA. Pelotas, RS.....55
- Figura 3 –** Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa. UBS SANSCA. Pelotas, RS.....56
- Figura 4 –** Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa. UBS SANSCA. Pelotas, RS.....56
- Figura 5-** Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. UBS SANSCA. Pelotas, RS.....57
- Figura 6-** Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. UBS SANSCA. Pelotas, RS.....58
- Figura 7-** Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS SANSCA. Pelotas, RS.....59
- Figura 8-** Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS SANSCA. Pelotas, RS.....59
- Figura 9-** Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada. UBS SANSCA. Pelotas, RS.....60
- Figura 10-** Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada. UBS SANSCA. Pelotas, RS.....61

Figura 11- Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS SANSCA. Pelotas, RS...62

Figura 12- Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS SANSCA. Pelotas, RS...63

Figura 13- Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS SANSCA. Pelotas, RS.....64

Figura 14- Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS SANSCA. Pelotas, RS.....64

Figura 15- Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS SANSCA. Pelotas, RS.....65

Figura 16- Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS SANSCA. Pelotas, RS.....66

Figura 17- Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física. UBS SANSCA. Pelotas, RS.....67

Figura 18- Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física. UBS SANSCA. Pelotas, RS.....68

Figura 19- Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS SANSCA. Pelotas, RS.....69

Figura 20- Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS SANSCA. Pelotas, RS.....69

Figura 21- Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal. UBS SANSCA. Pelotas, RS.....70

Figura 22- Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal. UBS SANSCA. Pelotas, RS.....71

Figura 23- Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS SANSCA. Pelotas, RS.....71

Figura 24- Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS SANSCA. Pelotas, RS.....72

Lista de abreviaturas e siglas

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ASB - Auxiliar de Saúde Bucal

AVE - Acidente Vascular Encefálico

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CONASSEMS - Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

DCNT - Doenças Crônicas não Transmissíveis

DM - Diabetes Mellitus

EAD - Ensino à Distância

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

PSM- Pronto Socorro Municipal

PROVAB - Programa de Valorização do Profissional na Atenção Básica

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

TCC – Trabalho de conclusão de curso

UBAI - Unidade Básica de Atendimento Imediato

UFPeI - Universidade Federal de Pelotas

UNASUS - Universidade Aberta do SUS

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

USF - Unidade de Saúde da Família

VIGITEL - Vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico.

Sumário

Apresentação.....	10
1 Análise situacional.....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF.....	11
1.2 Relatório da análise situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional.....	16
2 Análise estratégica.....	19
2.1 Justificativa.....	19
2.2 Objetivos e metas.....	21
2.2.1 Objetivo geral.....	21
2.2.2 Objetivos específicos.....	21
2.2.3 Metas.....	22
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Ações (detalhamento).....	24
2.3.2 Indicadores.....	33
2.3.3 Logística.....	38
2.3.4 Cronograma.....	41
3 Relatório da intervenção.....	42
3.1 Ações previstas que foram desenvolvidas, facilidades e dificuldades e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	42
3.2 As ações previstas não desenvolvidas, facilidades e dificuldades e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	48
3.3 Dificuldade na coleta e sistematização de dados, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	49
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço: aspectos que serão adequados ou melhorados.....	49
4 Avaliação da Intervenção.....	51
4.1 Resultados.....	53
4.2 Discussão	72

4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	78
4.4 Relatório da intervenção para a comunidade.....	79
5 Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem.....	81
6 Bibliografia.....	83
Anexos.....	85
Apêndice.....	96

Resumo

CARDOSO, Eliane da Motta. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Diabéticos e Hipertensos da UBS SANSCA – Pelotas / RS.** 2015. 105 fls. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. UNASUS - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A hipertensão arterial (HAS) está frequentemente associada a problemas cardiovasculares, renais e vasos sanguíneos. As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. Entre as consequências do Diabetes Mellitus (DM) estão a disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Frequentemente, essas doenças levam à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o usuário, sua família e a sociedade. Quando diagnosticadas precocemente, essas doenças oferecem múltiplas chances de evitar complicações. Em razão disso o Ministério da Saúde criou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus cujo propósito é vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços. A partir deste propósito, se fez importante tema para a equipe de saúde da família trabalhar com a população Hipertensa e Diabética da unidade, atuando na prevenção dos agravos, reabilitação e recuperação da saúde. Este trabalho de conclusão de curso trata-se de uma intervenção e teve como objetivo implantar melhorias na Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos de uma unidade de saúde da família localizada na zona urbana da cidade de Pelotas/RS. Para a implantação das melhorias, foram realizadas ações, no período de 08 de agosto a 13 de novembro de 2014. Entre as ações realizadas estão o cadastramento de todos hipertensos e diabéticos da unidade, o registro adequado no prontuário, a estratificação de risco cardiovascular, exame clínico adequado, realização de exames complementares, prescrição de medicamentos da farmácia popular/farmácia municipal, busca aos faltosos, manter ficha de acompanhamento, orientações sobre saúde bucal, tabagismo, hábitos alimentares e realização de atividade física. Ao final da intervenção foram cadastrados e acompanhados 155 hipertensos e 73 diabéticos, destes 82,2% diabéticos e 81,3% hipertensos estavam com exames complementares em dia, 19,4% hipertensos e 28,8% diabéticos realizaram estratificação de risco cardiovascular, 48,7% diabéticos e 81,9% hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, 95,5% hipertensos 76,7% diabéticos tiveram a prescrição de medicamentos da farmácia popular/municipal priorizada, 52,9% hipertensos e 53,4% diabéticos receberam orientação sobre alimentação saudável, 5,2% hipertensos e 5,5% diabéticos receberam orientações sobre os riscos do tabagismo, 49% hipertensos e 37% diabéticos receberam orientação sobre a prática de atividade física, 40% hipertensos e 32,9% diabéticos receberam orientação sobre higiene bucal. Tivemos 100% de busca aos faltosos para hipertensos e diabéticos. Espera-se que com a continuidade das ações, mais metas sejam alcançadas, contribuindo assim com mais melhorias na assistência à saúde desta população. O apoio da equipe, comunidade e gestores, tem papel fundamental no alcance das metas propostas.

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

Apresentação

O volume apresentado trata-se do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família, modalidade de ensino à distância (EAD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), desenvolvido no ano de 2014. O trabalho foi formado por uma intervenção cujo objetivo foi melhorar a atenção à saúde dos diabéticos e hipertensos da unidade de saúde SANSCA do município de Pelotas. O volume é dividido e organizado em 5 unidades de trabalho seqüenciais e interligadas: Na primeira parte do curso observa-se a análise situacional, desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica através da elaboração de um projeto de intervenção que ocorreu durante o percurso da unidade 2. A terceira parte, que é a unidade 3 do curso, apresenta o relatório da intervenção realizado durante 12 semanas. Na quarta seção é apresentada a avaliação dos resultados da intervenção e os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde construídos durante a unidade 4. Na quinta e última seção é apresentada a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Ao final do volume estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família iniciou no mês de agosto, quando começaram a ser postadas as primeiras tarefas. A finalização do trabalho ocorreu no mês de novembro, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF

A população que a UBS abrange em sua maioria é de grande vulnerabilidade social, e pouquíssimo entende sobre os objetivos da ESF, fazendo assim com que boa parte do que é previsto pelo programa não se efetue dentro da área da UBS.

Quando iniciei as atividades na UBS, encontrei uma equipe de saúde da família, composta por uma enfermeira, seis agentes comunitários de saúde, uma auxiliar de enfermagem e um médico do programa Mais Médicos já em fase de transferência para outra unidade, sem previsão de envio de outro médico para compor a equipe. Alguns dias depois, a unidade recebeu outro médico do Programa Mais Médicos que ficou na unidade por aproximadamente 3 meses, voltando a unidade a ficar sem médico de estratégia da saúde da família até o mês de agosto, mês inicial da intervenção. Segundo a enfermeira responsável pela unidade há cerca de 12 anos, a UBS anualmente sofre remanejamento de profissionais médicos, ou até mesmo a ausência deste profissional fazendo com que o acompanhamento clínico fique prejudicado.

A população da área adstrita da unidade de acordo com o SIAB é de aproximadamente 4000 pessoas, o que, de acordo com informações da enfermeira e dos ACS, não condiz com a realidade. Ao iniciar minhas atividades na UBS encontrei a enfermeira extremamente sobrecarregada e estressada em razão da grande demanda espontânea, o que acredito prejudicar muito a excelência e qualidade da assistência prestada. A UBS funciona de segunda a sexta-feira no turno da manhã e turno da tarde. Diariamente são distribuídas fichas de atendimento (demanda espontânea), não há cronograma de atendimento estabelecido. A UBS é cadastrada como ESF, mas funciona como modelo misto, com profissionais de 20 horas semanais. Diariamente são atendidos usuários de todos os bairros do município, inclusive usuários onde há UBS com ESF. Também são recebidos usuários provenientes do Pronto Socorro Municipal (PSM), que são encaminhados através de protocolo de acolhimento com classificação de risco, por se tratar da UBS mais próxima ao PSM.

1.2 Relatório da análise situacional

O município de Pelotas fica situado no estado do Rio Grande do Sul, possui uma população de 328. 275 habitantes (IBGE, 2010), sendo considerado o terceiro município mais populoso do estado. Possui 50 UBS, sendo 28 ESF e 6 em implantação, 1 Unidade Básica de Atendimento Imediato (UBAI), 1 Pronto Socorro Municipal (PSM), 5 hospitais, sendo 2 hospitais universitários que servem de campo de estudo para acadêmicos das faculdades de medicina, enfermagem, odontologia, psicologia e nutrição, 1 hospital da UNIMED em construção e 3 UPAS em construção e 1 Hemocentro.

O PSM fica localizado próximo à UBS, o que leva ao aumento da demanda da unidade, devido ao acolhimento por classificação de risco realizado pelo pronto socorro, em que muitos casos são encaminhados à unidade de saúde SANSCA.

O município também conta com atendimento odontológico realizado na faculdade de odontologia da UFPel e no Centro de Especialidades, local este, que além do serviço odontológico, oferece diversas especialidades médicas e exames.

Atualmente a UBS tem um dentista de 20h semanais, que foi enviado à unidade para atender a população da área e fora de área, além de usuários enviados pelo centro de especialidades, segundo informações da equipe de saúde.

Existe também no município, um centro de referência em oncologia (CERON), que oferece atendimento oncológico e um Programa de Internação Domiciliar (PIDI) do hospital universitário da UFPel, que atende pessoas sob cuidados paliativos. A UFPel realiza radioterapia na faculdade de medicina e quimioterapia nos hospital universitário.

Como profissional da área da saúde com vontade de inovar e modificar a realidade encontrada no momento estou, aos poucos, reorganizando o serviço e propondo novas adaptações para melhorar o atendimento a população. Fui muito bem recebida na unidade e muito bem aceita. Iniciamos as mudanças fazendo um relatório do levantamento de famílias da área adstrita. Neste relatório constaram todas as ruas com os números das casas existentes em cada microárea, que totalizou 2063 famílias, que é igual a 7430 pessoas utilizando-se cálculos de estatística, no qual o número de famílias multiplicado por 3,6 leva ao número de pessoas no território citado. A intenção deste relatório foi provar que caberia mais uma equipe de saúde da família na unidade, como menciona a Portaria 2488 de 21

de outubro de 2011 do Ministério da Saúde (MS), no parágrafo Especificidades da equipe de saúde da família, ítem II e III, em que cada ACS deve acompanhar no máximo 750 pessoas e cada equipe de saúde da família deve ser responsável por no máximo 4.000 pessoas, sendo levado também em conta o grau de vulnerabilidade social, que quanto maior, menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

Esse levantamento foi realizado pela enfermeira da unidade, por mim e pelos agentes comunitários de saúde (ACS). Acompanhei por alguns dias os ACS durante o levantamento, percorrendo várias microáreas aproveitando a oportunidade também para conhecer a área adstrita da unidade e o grau de vulnerabilidade social.

Infelizmente a situação da UBS onde estou alocada condiz com o artigo de Siqueira e Cols 2009. A UBS possui uma estrutura física com boa construção, pintura adequada, piso adequado, porém o espaço físico é pequeno e não há ambientes que constam no manual da estrutura da UBS. A UBS possui estacionamento para os profissionais de saúde, uma sala de espera com dois banheiros (um para funcionários da unidade e um para os usuários), sendo um banheiro adaptado ao uso de pessoas com necessidades especiais, uma sala de recepção com cadeiras, uma sala de vacinas, uma sala de nebulização, uma sala de procedimentos de enfermagem, um expurgo, uma sala de dispensação de medicamentos, uma sala de puericultura sem maca, três salas para consulta médica, sendo uma com maca ginecológica, mas nenhuma possui banheiro, uma copa, um banheiro para funcionários próximo aos consultórios, porém está interditado há mais de 2 anos, um consultório odontológico, uma sala de reuniões com computador com acesso à internet. A unidade possui laje, piso lavável em todos os ambientes, e janelas com tela.

Alguns profissionais, como assistente social, nutricionista e médicos, trabalham alguns dias da semana no mesmo horário, fazendo que os consultórios médicos sejam divididos com esses profissionais quando necessário e isto acaba muitas vezes atrasando o atendimento aos usuários.

A maior dificuldade encontrada para o atendimento é a falta de recursos humanos, como médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde. Apesar de cada agente comunitário de saúde, ser responsável por mais de 150 famílias, estes conseguem desenvolver um bom trabalho na comunidade, realizando agendamento de consultas, visitas domiciliares,

educação em saúde à população, entrega de exames, entre outros.

De acordo com dados do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), a UBS tem aproximadamente 4.000 pessoas cadastradas, número este que contradiz o levantamento de famílias realizado em março de 2014, que mostra um total de 2063 famílias, ou seja, 7430 pessoas. Diariamente são atendidas na demanda espontânea pessoas da área da unidade, fora de área e usuários provenientes do pronto socorro municipal após avaliação com classificação de risco. No momento não existe um cronograma de atendimento na unidade, e cada população é atendida conforme chega na unidade. A UBS funciona de segunda a sexta-feira das 7:30h às 11:30h e das 13:30h às 17:30h.

A seguir serão explanados rapidamente alguns aspectos relativos à atenção à saúde da criança, pré-natal, atenção à saúde da mulher-pré-natal, puerpério, câncer de colo e mama, saúde do idoso e atenção à saúde do portador de hipertensão e diabetes:

Na UBS, a consulta de puericultura acontece sob livre demanda, não há dia específico para o atendimento, nem horário agendado, ficando a critério da mãe levar a criança conforme orientação verbal do profissional que atendeu. A consulta de puericultura, na maioria das vezes, é realizada pela auxiliar de enfermagem, devido ao fato da falta de recursos humanos. Não existe um protocolo de atendimento para puericultura na unidade, nem avaliação da consulta que poderia servir como registro da cobertura do programa.

Muitas vezes as mães acabam não levando seus filhos à consulta, acredito que por não haver uma forma organizada do serviço, como o agendamento com data e horário e a busca pelas crianças faltosas.

Quanto ao pré-natal, controle do câncer de colo de útero e mama e exames de mamografia, estes são realizados e solicitados pela médica ginecologista, ficando o enfermeiro responsável somente pelo cadastro da gestante no Sis prenatal, ou pela consulta somente quando a ginecologista não está na UBS. Mensalmente são realizadas cerca de 35 coletas de exame citopatológico e exames de mama durante a coleta. As gestantes são atendidas diariamente, sendo agendadas pela médica, os demais atendimentos ocorrem na forma de demanda espontânea. Não há grupo de gestantes no momento, mas a enfermeira da unidade está organizando um grupo semanal com a ajuda dos ACS. A médica ginecologista atende diariamente 6 pessoas, da área da UBS e fora de área, e em situações especiais, para mulheres

residentes na área da unidade, a consulta pode ser agendada pelo ACS segundo critérios estabelecidos.

A falta de mais uma equipe de saúde da família, faz com que alguns aspectos não sejam contemplados no planejamento da rotina da UBS, como o estabelecimento de um cronograma semanal, visitas domiciliares, entre outros.

Em relação aos portadores de hipertensão e diabetes, a UBS realiza grupo de atividades e educação em saúde mensalmente, onde participam os agentes comunitários de saúde, agentes redutores de danos, médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e eventualmente a nutricionista quando não há incompatibilidade no seu horário de trabalho. Quanto ao grupo de hipertensos e diabéticos da UBS, existe no momento pouca adesão pelos usuários. O grupo ocorre mensalmente. Existe um protocolo de atendimento na unidade a disposição para consulta, mas não é utilizado no momento. A unidade conta com todos materiais necessários para aferição de glicose e de pressão arterial, como manguito pediátrico e para obesos.

Existe uma biblioteca em construção na sala de reuniões com material didático sobre hipertensão arterial e diabetes, entre outros. Também há boa quantidade de material educativo armazenado na unidade.

Há uma deficiência em relação aos registros no prontuário dos portadores de hipertensão e diabetes, os quais muitas vezes se dirigem à unidade semanalmente para aferição de pressão e glicose e não tem esses procedimentos registrados no prontuário. O registro adequado é de grande importância para o acompanhamento do usuário, mas com prática inadequada por alguns funcionários.

Na área adstrita da UBS de acordo com plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, sistema de cadastro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos, do Ministério da Saúde, disponibilizado pela secretaria municipal de saúde, existem 25 portadores de diabetes, 150 portadores de hipertensão arterial e 34 portadores das 2 doenças cadastrados. De acordo com estimativas da VIGITEL, para uma população de 4.000 pessoas, existem 608 portadores de hipertensão e 150 portadores de diabetes na área da unidade.

Iniciei as atividades na unidade realizando uma estratégia para captar esses usuários, os quais serão o foco deste estudo. Ao iniciar minhas atividades na unidade, já fiquei responsável pelo grupo de hipertensos e diabéticos desde o primeiro mês. Estou confiante em bons resultados. Minha estratégia é baseada na

melhoria do acolhimento que é uma importante ferramenta para a adesão do usuário ao tratamento e continuidade do mesmo, e é uma ferramenta usada como modelo de organização e práticas inclusivas de saúde. Nos primeiros dias de atividade, percebi que diariamente são recebidos usuários com difícil controle da doença, e morbidades associadas. Na unidade existe um protocolo de atendimento ao usuário portador de hipertensão e diabetes, porém este não é utilizado, o que acaba prejudicando o tratamento e acompanhamento adequado, o que preveniria o risco de complicações e hospitalizações decorrentes da doença.

Quanto à saúde do idoso, este tem prioridade no atendimento, mas somente quando a doença já está instalada.

A unidade possui um dentista de 20h semanais no turno da tarde, que atende sob livre demanda, mas existe pouca procura em relação a este profissional. Não se sabe o motivo, mas a população procura o dentista em outra unidade de atendimento, mesmo sabendo da existência deste profissional na UBS. Estas informações são dos ACS.

Acredito que o maior desafio encontrado na UBS seja a falta de recursos humanos, para assim oferecer um atendimento eficaz e de qualidade. Outro aspecto que considero relevante, é a organização do serviço de saúde em um contexto geral, como uso de protocolos, agendamentos, sistematização, já que contamos com 2 computadores com acesso a internet. A reunião de equipe acontece quinzenalmente, mas acredito que uma reunião semanal seria importante para discutir os diversos assuntos e problemas vivenciados durante o período e juntos buscar soluções para aprimorar e melhorar a qualidade do atendimento.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o relatório da análise situacional

A estratégia de saúde da família na UBS onde estou alocada necessita de uma reorganização e revisão de conteúdos acerca da estratégia e seu verdadeiro objetivo.

Foi observado em relação à estrutura da UBS, correlacionando com as leituras do Manual da estrutura da UBS e o artigo sobre Barreiras Arquitetônicas que infelizmente a situação da UBS onde estou alocada condiz com o artigo de Siqueira e Cols 2009.

A UBS possui uma estrutura física com boa construção, pintura adequada, piso adequado, porém o espaço físico é pequeno e não há ambientes que constam no manual da estrutura da UBS.

Logo que cheguei à UBS, participei do meu primeiro grupo de hipertensos e diabéticos e a partir deste momento ficou evidente a pouca adesão ao grupo, pois compareceu somente um usuário e a outra participante foi “pescada” na saída de uma consulta. Portanto tivemos a participação de 2 pessoas, que por sinal gostaram muito do grupo, me elogiaram e perguntaram se seria eu nos próximos encontros, pois eu fiquei à frente do grupo. Resolvi assumir por convite da enfermeira da unidade todos os grupos a partir daquele momento. Nesse momento, já começava a minha proposta de intervenção. Resolvi então buscar uma estratégia para conseguir uma maior adesão dos portadores de hipertensão e diabetes ao grupo.

Com a intenção de aumentar a adesão foi elaborado um convite impresso, capacitei os ACS durante uma reunião e os convites foram distribuídos. Conseguimos uma adesão de 25 usuários ao grupo. Percebi com a realização do relatório da análise situacional, que há deficiências em todos os programas, principalmente em relação à saúde do hipertenso e diabético, que constitui um grande problema de saúde pública e o qual podem ter os fatores de risco modificáveis evitados através da associação do tratamento medicamentoso e não medicamentoso. A partir desse pressuposto e com meu envolvimento inicial neste programa, o tema foi escolhido.

Percebe-se correlacionando o primeiro texto com o segundo, que um dos principais motivos para a deficiência dos programas é principalmente a falta de recursos humanos e equipe mista em uma UBS cadastrada com Estratégia de Saúde da Família. De acordo com a área adstrita da unidade, caberiam duas equipes de saúde da família completas. Essa deficiência de profissionais leva a profissionais delegarem suas funções a outros não habilitados, como o exemplo da puericultura realizada pela auxiliar de enfermagem, entre outros. A impressão que tive ao iniciar minhas atividades na UBS, é que a unidade parece estar dividida pelo fato de funcionar como modelo misto. Percebe-se o esforço e preocupação da enfermeira responsável pela unidade em querer que tudo funcione como deveria inclusive ela já apresentava desgastes físicos e emocionais pela sobrecarga de trabalho por estar sozinha há tantos anos, inclusive quase ao final da intervenção, a enfermeira passou mal na unidade, foi prontamente atendida, encaminhada ao PSM,

onde sofreu um infarto.

Ao me receber na unidade foi visível sua alegria por ter alguém de sua mesma formação para dividir as tarefas, antes delegadas muitas vezes às auxiliares de enfermagem por não haver outra solução. A especialização propôs uma visão mais ampla do que é necessário para melhorar a atenção à saúde da população de um modo geral e poder levar essa proposta para a equipe é uma grande satisfação para qualquer profissional da área da saúde. A partir dos conhecimentos que a especialização proporciona, é que se buscará soluções, para melhorias no atendimento, qualificação dos profissionais para um atendimento de qualidade e de acordo com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Acredito que como equipe de saúde da família, conseguiremos realizar um bom trabalho, apesar de recursos humanos escassos e equipe mista como já citado. A falta de recursos humanos e materiais e estrutura física inadequada é uma questão enfrentada por muitas UBS, apesar de existirem portarias do ministério da saúde que visam garantir a qualidade da assistência prestada. Nós profissionais devemos estar preparados para enfrentar as dificuldades, driblando-as, a fim de garantir os direitos de todos os usuários do sistema único de saúde.

2 Análise estratégica

2.1 Justificativa

O foco da minha intervenção será usuários portadores de Hipertensão e Diabetes. Minha escolha por essa ação programática é pelo fato de que a Hipertensão e Diabetes são doenças com grande impacto na saúde da população, que apesar de serem doenças crônicas, possuem tratamento, podendo o usuário evitar os danos causados por essas doenças.

A hipertensão arterial (HAS) é altamente prevalente em todos os países, podendo estar presente em todas as faixas etárias e está frequentemente associada a problemas cardiovasculares, renais e de vasos sanguíneos. As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira. A hipertensão afeta aproximadamente 11% a 20% da população adulta com mais de 20 anos. Cerca de 85% dos usuários com acidente vascular encefálico (AVE) e 40% das vítimas de infarto do miocárdio (IAM) apresentam hipertensão associada.

O Diabetes Mellitus (DM) ocorre devido à falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As consequências do DM, a longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos. Na população adulta, sua prevalência é de 7,6%. Frequentemente, essas doenças levam à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o usuário, sua família e a sociedade. Quando diagnosticadas precocemente, essas doenças oferecem múltiplas chances de evitar complicações (Ministério da Saúde 2002).

Em razão disso o Ministério da Saúde (MS), em articulação com as sociedades científicas (Cardiologia, Diabetes, Hipertensão e Nefrologia), as federações nacionais dos portadores de diabetes e de hipertensão, as secretarias estaduais de saúde, através do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), as secretarias municipais de saúde, através do Conselho Nacional de

Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), criou o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus cujo propósito é vincular os portadores desses agravos às unidades de saúde, garantindo-lhes acompanhamento e tratamento sistemático, mediante ações de capacitação dos profissionais e de reorganização dos serviços.

Na área de abrangência da UBS onde atuo, de acordo com estimativas da Vigilância de fatores de risco para doenças crônicas e proteção por inquérito telefônico (VIGITEL), existem 608 portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) 150 portadores de Diabetes Mellitus (DM), utilizando-se a população de aproximadamente 4.000 pessoas de acordo com o SIAB, os quais muitas vezes não realizam uma consulta médica há anos, se deslocando à UBS, ou até mesmo pedindo para familiares buscarem a receita dos medicamentos quando necessário. Conseqüentemente, não realizam nenhum exame ou revisão de medicação nesse período, o que de acordo com o protocolo não é garantido.

A unidade básica de saúde da família SANSCA, possui 2063 famílias (7430 pessoas) em sua área de acordo com levantamento realizado em março de 2014 pelos ACS e pela enfermeira da unidade juntamente com a minha participação, no qual percorri várias ruas da área da unidade, realizando o levantamento, contando casa por casa e ao final do trabalho, digitei todos os dados, os quais foram impressos e entregue na secretaria municipal de saúde. Porém a unidade tem cerca de 4000 usuários cadastrados no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e conta com uma equipe de saúde da família composta por 1 médico do programa Mais Médicos, 1 enfermeira, 1 auxiliar de enfermagem e 6 ACS.

A UBS situa-se na zona urbana – área central do município de Pelotas/ RS, e possui uma grande área de vulnerabilidade social, com situações de miséria absoluta, falta de saneamento básico, algumas casas não possuem banheiro e nem mesmo energia elétrica. A unidade de saúde da família SANSCA está cadastrada como ESF, mas funciona como modelo misto e por se situar em área considerada central, existe uma grande demanda de população de fora da área, além de muitos que possuem UBS em sua área procurar a UBS SANSCA para atendimento devido ao bom atendimento e acolhimento.

De acordo com os últimos dados disponibilizados na UBS do MS do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, Sistema

de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, a unidade possui 25 portadores de diabetes, 150 portadores de hipertensão e 34 portadores das 2 doenças, na área adstrita da unidade cadastrados, revelando uma baixa cobertura de acordo com estimativa da VIGITEL para portadores de hipertensão e diabetes já mencionada anteriormente.

O enfermeiro tem papel importante no controle da pressão arterial, promovendo estratégias para mudança de fatores que estão intimamente ligados a pressão elevada, contribuindo para a mudança de hábitos alimentares, prática de atividade física, abandono de tabagismo e álcool, controle do peso, entre outros importantes fatores para manter bons níveis pressóricos, e se tratando de cuidados prestados por uma equipe multidisciplinar, o tratamento se torna mais eficaz e com bons resultados.

A partir deste propósito, se fez importante tema para o projeto de intervenção com a população portadora de hipertensão e diabetes da unidade de saúde, implantando melhorias na atenção à saúde dos portadores de hipertensão e diabetes, prevenindo assim os agravos decorrentes destas doenças.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da população de Hipertensos e Diabéticos cadastrados na área da unidade básica de saúde da família SANSCA – Pelotas / RS.

2.2.2 Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde do usuário hipertenso e diabético;
2. Melhorar a adesão ao atendimento ao hipertenso e diabético;
3. Garantir o registro adequado no prontuário do usuário;
4. Melhorar a qualidade da atenção à saúde do hipertenso e diabético;
5. Promover a saúde do usuário hipertenso e diabético por meio de educação em saúde para a população.

2.2.3 Metas

Relativa em ampliar a cobertura da atenção à saúde do hipertenso e diabético:

1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativa em melhorar a qualidade da atenção à saúde do hipertenso e diabético:

1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;
2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;
3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;
4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;
5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;
7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos;
8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos;

Relativa em melhorar a adesão ao atendimento à saúde do hipertenso e diabético:

1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.
2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativa em melhorar o registro das informações:

1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativa em monitorar a avaliação de risco para doença cardiovascular:

1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Relativa em promover a saúde do hipertenso e diabético:

1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;
2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;
3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos;
4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos;
5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos;
6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos;
7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.
8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 Metodologia

A realização deste trabalho de intervenção contará com o apoio da equipe de saúde da unidade para o alcance das metas propostas. Para isso serão usados protocolos e pesquisas científicas que abordem a temática, a fim de capacitar e aprimorar os conhecimentos dos profissionais de saúde, promover trocas de saberes profissionais, promovendo assim a prevenção de agravos e melhorias na saúde da população.

A temática deverá abordar principalmente a adesão ao tratamento não medicamentoso, que aliado ao tratamento medicamentoso produz um resultado mais eficaz na manutenção dos níveis pressóricos e glicêmicos da população. A intervenção será realizada no período de 8 de agosto de 2014 a 13 de novembro de 2014 e será dividida em 12 semanas conforme cronograma.

2.3.1 Ações (Detalhamento)

Objetivo: Cobertura

Em relação à meta de ampliar cobertura com a finalidade de cadastrar 100% dos Hipertensos e Diabéticos da área de abrangência da unidade,

No eixo monitoramento e avaliação:

O número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde será monitorado, através do cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área adstrita da unidade. O cadastramento será realizado pela equipe de enfermagem (enfermeira, técnicos e auxiliares), durante o atendimento.

No eixo organização e gestão do serviço:

Para garantir que o registro dos cadastrados no programa seja realizado, será usada uma ficha espelho disponibilizada pelo curso (em anexo) para cada usuário, que ficará anexada ao prontuário.

O acolhimento aos usuários será melhorado para melhorar o atendimento e será realizado preferencialmente pela enfermeira da unidade, esta não estando presente, poderá ser realizado pela técnica em enfermagem, que será capacitada para atendê-lo de forma adequada.

O material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e glicose na unidade de saúde, já encontra-se disponível. A aferição de pressão arterial e medição de glicose será realizado pela equipe de enfermagem, que deverá registrar todos os precedimentos no prontuário e ficha espelho. O resultado do teste de glicose, nome do usuário, número do prontuário e profissional que realizou o teste também deverá ser anotado em planilha disponibilizada pela secretaria de saúde e já em uso na unidade, para controle do estoque de fitas.

No eixo engajamento público:

A comunidade será informada sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, através dos agentes comunitários de saúde nas visitas e na unidade através da equipe de saúde.

A comunidade será informada sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos e sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e os fatores de

risco para o desenvolvimento destas doenças, durante as consultas de enfermagem e através de material educativo entregue na UBS e durante as reuniões em grupo. O material poderá ser entregue pelos ACS e equipe de enfermagem.

No eixo qualificação da prática clínica:

Os ACS serão capacitados para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde, durante as reuniões de equipe.

A equipe de enfermagem da unidade será capacitada para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg durante as reuniões de equipe quinzenais e durante horários disponíveis durante o turno de atendimento.

Objetivo: Qualidade

Em relação à meta realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos,

No eixo Monitoramento e avaliação:

A realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos será monitorada através do acompanhamento em planilha de coleta de dados e ficha espelho nos próximos três meses. O responsável pelo monitoramento será o enfermeiro.

No eixo organização e gestão do serviço:

O exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos será realizado pelo médico ou enfermeiro, de acordo com a atribuição específica de cada membro da equipe, Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011.

Será organizada capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. O protocolo da unidade ainda não foi criado, em reunião com a secretaria de saúde, ficou estabelecida a criação de um protocolo para cada unidade de acordo com as necessidades de cada UBS. Este protocolo, quando elaborado, ficará disponível para consulta de todos profissionais em local previamente estabelecido e de fácil acesso para os membros da equipe.

A UBS dispõe de versão atualizada do protocolo de hipertensão e diabetes impressa na unidade de saúde, que ficará disponível para consulta de todos os profissionais.

No eixo engajamento público:

Os usuários e a comunidade serão orientados pela equipe de saúde da família quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, durante as consultas médicas, consulta de enfermagem e procedimentos.

No eixo qualificação da prática clínica:

A equipe de enfermagem será capacitada para a realização de exame clínico apropriado, através do preenchimento da ficha espelho e roteiro para exame físico.

Objetivo: Qualidade

Em relação à meta de garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo,

No eixo monitoramento e avaliação:

O número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado e periodicidade recomendada será monitorado através do preenchimento da ficha espelho nos próximos três meses. O responsável pelo preenchimento da ficha espelho para solicitação de exames laboratoriais será o médico.

No eixo organização e gestão do serviço:

A solicitação dos exames complementares será garantida pelo preenchimento da ficha espelho pelo médico.

Ao gestor municipal será pedida agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, para a prevenção de agravos decorrentes da doença. A responsável pelo contato com o gestor será a assistente social da unidade.

No eixo engajamento público:

Os usuários e a comunidade serão orientados quanto à necessidade e periodicidade da realização de exames complementares, através da equipe de enfermagem e médico da unidade, durante as reuniões de grupo, consultas e durante as visitas domiciliares realizadas pelos ACS.

No eixo qualificação da prática clínica:

A equipe será capacitada pela enfermeira para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Objetivo: Qualidade

Em relação à meta de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No eixo monitoramento e avaliação:

Será monitorado o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, com o preenchimento da ficha espelho pelo médico e equipe de enfermagem.

No eixo organização e gestão do serviço:

Será realizado controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, através de lista fornecida pela farmácia, onde consta nome, lote, data de validade e quantidade de medicamentos fornecidos no mês, por um responsável farmacêutico se a secretaria de saúde dispor deste profissional para a unidade.

Será mantido um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, através de levantamento de saída de medicamentos, consultando o estoque disponível na farmácia. O levantamento será realizado pela equipe de enfermagem.

No eixo engajamento público:

Os usuários e a comunidade serão orientados quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, durante a consulta médica e de enfermagem.

No eixo qualificação da prática clínica:

Será realizada atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes, conforme necessidade e atualizações em protocolos e portarias, pela enfermeira da unidade.

A equipe será capacitada pela enfermeira da unidade para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Objetivo: Qualidade

Em relação à meta de realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos,

No eixo monitoramento e avaliação:

Será monitorado o número de hipertensos e diabéticos com necessidade de atendimento odontológico, através do registro no prontuário e planilha de coleta de dados, realizado pela equipe de enfermagem.

No eixo organização e gestão do serviço:

Será garantida a realização de atendimento odontológico aos hipertensos e diabéticos, será combinado com o dentista a organização na agenda de forma a oferecer pelo menos um atendimento em cada turno, este acordo será definido pelo dentista em diálogo com a enfermeira da unidade.

No eixo engajamento público:

Os usuários e a comunidade serão orientados sobre a importância da avaliação odontológica, durante as consultas e procedimentos de enfermagem.

No eixo qualificação da prática clínica:

Será pactuado através de acordo da enfermeira da unidade e o dentista a orientação sobre saúde bucal aos usuários durante as consultas.

Objetivo: Adesão

Em relação à meta de Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

No eixo monitoramento e avaliação:

O cumprimento da periodicidade das consultas médicas previstas no protocolo serão monitorados pelo preenchimento da ficha espelho, registro no prontuário e planilha de coleta de dados, pelo médico e equipe de enfermagem.

No eixo organização e gestão do serviço:

Serão organizadas visitas domiciliares para buscar os faltosos. As visitas deverão ocorrer uma vez na semana e serão realizadas pelos ACS.

Será organizada agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. O usuário faltoso será reagendado de acordo com disponibilidade na agenda. O agendamento será realizado pela enfermeira e pelos ACS em situações especiais, como idosos, portadores de necessidades especiais, entre outros.

No eixo engajamento público:

A comunidade será informada sobre a importância da realização das consultas e periodicidade recomendada, durante os procedimentos de enfermagem.

A comunidade será ouvida pela equipe de saúde sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos). Poderá ser realizada consulta popular escrita e depositada em urna disponível na unidade.

No eixo qualificação da prática clínica:

Os ACS serão treinados para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, durante as reuniões de equipe, pela enfermeira da unidade.

Objetivo: Registro

Em relação à meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No eixo monitoramento e avaliação:

Será monitorada a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, por meio da ficha espelho, planilha de coleta de dados e registro no prontuário realizado pela equipe de enfermagem.

No eixo organização e gestão do serviço:

A UBS mantém as informações do SIAB atualizadas por meio de cópia do PMA2, SSA2 e consolidado de famílias na unidade.

As planilhas para acompanhamento e monitoramento das ações utilizadas serão as disponibilizadas pelo curso que ficarão anexadas ao prontuário e deverão ser preenchidas e revisadas em todas as consultas médica e de enfermagem.

Será pactuado com a equipe o registro das informações, por meio da enfermeira.

A equipe de saúde, médico e equipe de enfermagem serão os responsáveis pelo preenchimento das planilhas de acompanhamento e monitoramento disponibilizadas pelo curso. Estes profissionais deverão registrar todos os procedimentos realizados no prontuário e ficha espelho.

A ficha espelho e a planilha de coleta de dados servirá de sistema de alerta quanto ao atraso na realização de exame complementar e a não realização de estratificação de risco. O não comparecimento as consultas será monitorado através da agenda médica.

No eixo engajamento público:

A equipe de enfermagem e médico deverão 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.

No eixo qualificação da prática clínica:

A equipe será treinada para o preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso, por meio de demonstração do preenchimento da ficha espelho e planilha de coleta de dados pela enfermeira.

Objetivo: Avaliação de risco

Em relação à meta de Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

No eixo monitoramento e avaliação:

Será monitorado o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, através do preenchimento da ficha espelho pelo médico.

No eixo organização e gestão do serviço:

Será priorizado o atendimento dos usuários avaliados pela enfermeira como de alto risco.

Será organizada pela equipe agenda para o atendimento desta demanda.

No eixo engajamento público:

Os usuários serão orientados quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular pelo médico e equipe de enfermagem.

Os usuários e a comunidade serão esclarecidos quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação), pela equipe de enfermagem, médico e nutricionista.

No eixo qualificação da prática clínica:

O médico será informado a realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

Objetivo: Promoção da saúde

Em relação à meta de Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

No eixo monitoramento e avaliação:

Será monitorada a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos. Todo portador de hipertensão e diabetes será agendado para consulta nutricional pelo médico ou enfermeiro. A agenda ficará disponível na recepção para agendamento.

No eixo organização e gestão do serviço:

Serão organizadas pela enfermeira práticas coletivas sobre alimentação saudável, através de um trabalho conjunto com a nutricionista para a realização de materiais educativos para toda a população. A nutricionista participará das reuniões em grupo.

No eixo engajamento público:

Os hipertensos e diabéticos e seus familiares serão orientados sobre a importância da alimentação saudável pela equipe de enfermagem, médico e nutricionista.

No eixo qualificação da prática clínica:

A equipe da unidade de saúde será capacitada sobre práticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde pela enfermeira e nutricionista.

Objetivo: Promoção da saúde

Em relação a meta de garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

No eixo monitoramento e avaliação:

Será monitorada a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos pela equipe de enfermagem, através do preenchimento da planilha de coleta de dados.

No eixo organização e gestão do serviço:

Foi solicitado pela enfermeira através de email ao gestor um educador físico para participar de atividades na UBS, que enviou um telefone de contato e o local para solicitar o profissional.

No eixo engajamento público:

Os hipertensos, diabéticos e a comunidade serão orientados sobre a importância da prática de atividade física regular, através de atividades em grupo com a enfermeira e equipe de enfermagem e participação de educador físico ou por material fornecido por este profissional.

No eixo qualificação da prática clínica:

A equipe da unidade de saúde será capacitada pela enfermeira sobre metodologias de educação em saúde e promoção de prática de atividade física regular. As reuniões de equipe serão o espaço para a exposição dos assuntos relacionados à saúde da população e acontecerão quinzenalmente na UBS.

Objetivo: Promoção da saúde

Em relação à meta de garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos

No eixo monitoramento e avaliação:

Será realizada pela equipe de enfermagem e médico orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

No eixo organização e gestão do serviço:

Na UBS, a nutricionista realizou capacitação sobre abordagem ao tabagismo e irá realizar esta atividade por meio de consulta agendada, nenhum medicamento é utilizado, mas se necessário será solicitado ao gestor a compra destes medicamentos.

No eixo engajamento público:

Os hipertensos e diabéticos tabagistas serão orientados sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Os profissionais da equipe de saúde deverão passar essa informação ao usuário e encaminhá-los à nutricionista se necessário.

No eixo qualificação da prática clínica:

Existe profissional capacitado para abordagem ao tabagismo na unidade, este profissional é a nutricionista.

Objetivo: Promoção da saúde

Em relação à meta de garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos e hipertensos.

No eixo monitoramento e avaliação:

Será monitorada a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos e hipertensos com o dentista pela equipe de enfermagem, através do preenchimento da planilha de coleta de dados.

No eixo organização e gestão do serviço:

Será organizada agenda da atenção a saúde bucal pela equipe de saúde da unidade, de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético, com pelo menos uma ficha de consulta por turno. A enfermeira irá consultar o dentista da unidade sobre prioridades e classificação de risco odontológico.

No eixo engajamento público:

A comunidade será mobilizada pela equipe de saúde da unidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com o dentista.

No eixo qualificação da prática clínica:

O enfermeiro realizará inspeção bucal e encaminhará ao dentista que avaliará a necessidade de tratamento bucal.

2.3.2 Indicadores**Objetivo: Cobertura**

Meta 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 1: 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 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 2: 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: Qualidade

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 3: Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 4: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 5: Proporção de hipertensos com 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 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 6: Proporção de diabéticos com 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 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 7: 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 com prescrição de medicamentos.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 8: 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 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 9: 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 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 10: 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: Adesão

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 11: 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 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 12: 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: Registro

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 13: 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 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 14: 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: Avaliação de risco

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 15: 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 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 16: 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: Promoção da Saúde

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 17: 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 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 18: 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 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 19: 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 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 20: 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 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 21: 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 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 22: 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 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 23: 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 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 24: 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 Hipertensos e diabéticos serão utilizados também os cadernos de atenção básica do ministério da saúde de 2013, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica nº 37 e Diabetes Mellitus nº 36. O protocolo adotado será o do Ministério da Saúde de 2001 Cadernos de Atenção básica Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus – Protocolo, também será adotado o material sobre as diretrizes Brasileiras de Hipertensão.

Para realizar o levantamento do número de portadores de hipertensão e diabetes na área da UBS, será solicitada à secretaria de saúde a planilha do plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus, sistema de cadastro e acompanhamento de hipertensos e diabéticos. A equipe de saúde da família irá informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, em especial os agentes comunitários de saúde que são a ponte entre o usuário e a equipe. Será levada essa informação através de material impresso, distribuídos na unidade, durante as visitas e durante o atendimento na unidade, inclusive aos já cadastrados no programa, para assim alcançar a meta de cobertura pretendida.

Para cada usuário será utilizada uma ficha espelho e anotações na planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso para realizar o cadastro no programa e o monitoramento das ações realizadas.

Serão distribuídos folders educativos na unidade de saúde, será deixado material na recepção e também entregue pela equipe de enfermagem, durante as

consultas ou procedimentos. Os ACS serão responsáveis por passar essa informação durante as visitas domiciliares. O material educativo irá informar o usuário sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e a importância da aferição periodicamente da pressão arterial a partir dos 18 anos e os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão. Todo material necessário será solicitado à secretaria de saúde, podendo também ser retirado de artigos científicos para a confecção dos mesmos. Estas informações deverão ser registradas na ficha espelho e planilha de coleta de dados.

O prontuário do usuário - importante documento - deve conter todas as informações referentes à ele e seu tratamento, como exames laboratoriais, prescrição de medicamentos e estratificação de risco cardiovascular. Todas estas informações deverão ser anotadas na ficha espelho (Anexo A) que ficará anexada ao prontuário do usuário e também um roteiro para exame físico, com a finalidade de se realizar um exame clínico completo e apropriado. O responsável pelo preenchimento da ficha espelho será o médico, o enfermeiro ou o auxiliar de enfermagem que realizar a consulta ou procedimento. Todo atendimento deve ser devidamente registrado no prontuário pelo profissional que o atendeu, para manter um registro adequado de informações do usuário.

O médico deverá realizar pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, que deverá ser anotado na ficha espelho. Pretende-se também sistematizar as informações de todos hipertensos e diabéticos cadastrados na área. Para isso será utilizado um programa de cadastro chamado Clínicas Integradas, que será instalado no computador da unidade, de forma experimental, se houver computador no consultório. O responsável pelo cadastro sistematizado será a enfermeira.

Durante a consulta médica deverá ser priorizada a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia e de medicamentos disponíveis na farmácia municipal. Todos os consultórios contam com material que contém a relação de todas as medicações disponíveis na UBS e farmácia municipal que deverão ser consultados sempre que houver dúvidas em relação aos medicamentos disponíveis na rede municipal e UBS. O médico deverá alertar o usuário durante a consulta sobre a periodicidade das mesmas previstas no protocolo (consultas em

dia). Estas informações serão registradas na ficha espelho, prontuário e planilha de coleta de dados.

Será mantido um cronograma semanal de atendimento, nas terças-feiras no turno da tarde, serão reservados 6 fichas para agendamento de consulta médica aos portadores de hipertensão e diabetes. As consultas serão agendadas pelos ACS, segundo critérios estabelecidos. A agenda para consulta médica ficará na recepção para o agendamento. Estes usuários terão prioridade no atendimento em qualquer dia da semana se necessário. Por meio da agenda, será possível monitorar os faltosos, que serão avisados por meio de visita pelo ACS, persistindo o não comparecimento será realizada visita pela equipe de saúde.

Em relação à saúde bucal, será pactuado com o dentista da unidade a prioridade de atendimento ao hipertenso e diabético. Será organizada uma agenda para possibilitar o acesso do usuário à consulta de acordo com a sua disponibilidade. A prefeitura já se dispôs e enviou mais um dentista à unidade, a população terá assim, a disponibilidade de pelo menos um dentista por turno, todos os dias da semana.

Em relação às orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física e riscos do tabagismo, estas serão realizadas nas reuniões em grupo e procedimentos de enfermagem, na realização do grupo que acontecerá mensalmente, contaremos com a participação da nutricionista, quando esta estiver presente na unidade no dia da reunião. A orientação nutricional será monitorada através do preenchimento da planilha de coleta de dados (Anexo C) com a entrega de material educativo e orientação verbal concomitantemente, assim como a orientação sobre prática de atividade física e riscos do tabagismo. Os usuários serão agendados para consulta com nutricionista, que já disponibilizou sua agenda para qualquer integrante da equipe de saúde agendar as consultas, qualquer dia da semana, a agenda ficará disponível na recepção da unidade.

Todo material utilizado para educação em saúde, será buscado em livros, artigos científicos, ministério da saúde, fornecidos pela secretaria de saúde e protocolos utilizados na UBS. A educação em saúde será o principal meio utilizado para conscientizar a população hipertensa e diabética da área da UBS, aproximando assim essa população do serviço de saúde, promovendo a prática de hábitos saudáveis, incentivando a formação de vínculo, importante no desenvolvimento e sucesso de qualquer intervenção.

2.3.4 Cronograma

Atividades	Semanas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Cadastramento de todos hipertensos e diabéticos da área adstrita	x	x	X	x	X	x	X	x	x	x	x	X
Grupo de hipertensos e diabéticos				x				x				X
Capacitação da equipe de saúde da unidade	x											
Atendimento clínico a hipertensos e diabéticos	x	x	X	x	X	x	X	x	x	x	x	X
Capacitação dos agentes comunitários de saúde		x										
Monitoramento da intervenção	x	x	X	x	X	x	X	x	x	x	x	X
Estabelecimento do papel de cada profissional na intervenção	x											
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da intervenção	x											
Busca ativa de faltosos às consulta	x	x	X	x	X	x	X	x	x	x	x	X

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas que foram desenvolvidas, facilidades e dificuldades e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente

As ações contemplaram os quatro eixos pedagógicos do curso: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

No eixo monitoramento e avaliação:

Não foi possível cadastrar todos hipertensos da área durante a intervenção, o tempo de três meses foi insuficiente para realizá-lo, mas com a continuidade da intervenção isso será possível dentro de alguns meses.

Todos os usuários acompanhados tiveram a ficha espelho anexada ao prontuário e o cadastramento na planilha disponibilizada pelo curso ajudou a controlar os cadastrados. Tivemos 155 (25,5%) portadores de hipertensão e 73(48%) portadores de diabetes cadastrados.

Em relação ao acesso aos medicamentos da farmácia popular/hiperdia, foram registrados em todas as consultas os medicamentos usados pelos usuários na ficha espelho. Esse registro serviu para termos sempre uma lista atualizada do medicamento e para realizar os pedidos de farmácia, em que fazemos uma estimativa do que é distribuído durante o mês, para assim não faltar medicação.

Na ficha espelho também foram registrados os pedidos de exames laboratoriais, assim como os exames já solicitados em outra ocasião, registrando a data do exame. Através da ficha espelho foi possível fazer o controle da periodicidade dos exames e consultas médicas realizados.

A estratificação de risco cardiovascular passou a ser registrada também na ficha espelho. A partir do segundo mês, houve um pouco de dificuldade para encontrar um programa rápido e eficaz para ser utilizado pela médica durante as consultas para realizar a estratificação de risco cardiovascular.

Em relação à saúde bucal, no prontuário de cada usuário já existia uma ficha de acompanhamento odontológico, o que permitiu avaliar as últimas consultas realizadas, os tratamentos e encaminhar, se necessário, à consulta com o dentista,

que disponibilizou o agendamento de consultas diariamente com o limite de 3 agendamentos por dia.

Até então, os registros no prontuário eram feitos de forma inadequada ou não eram feitos. Um exemplo são os usuários que vão à UBS aferir sua pressão arterial ou realizar hemoglicoteste e não possuem os registros da realização destes procedimentos nos seus prontuários. Alguns apresentavam o prontuário praticamente sem registro e quando se questionava se não compareciam à unidade há muito tempo, estes diziam que iam toda semana aferir pressão, etc. A partir de então, foi solicitado à equipe o registro de todos procedimentos realizados. A equipe entendeu a importância e passou a fazer os registros corretamente.

Em relação à orientação nutricional e orientação sobre atividade física regular, durante todo atendimento de enfermagem foram realizadas orientações, além da entrega de folders educativos, que ficavam disponíveis na mesa de cada sala, colocados estrategicamente de frente para o usuário com a intenção de chamar a atenção. Conseguimos encaminhar alguns usuários para a nutricionista e alguns preferiram não passar por atendimento nutricional. Porém, houve algumas falhas da equipe durante esta intervenção, não sendo 100% realizada, devido à equipe mista.

A nutricionista da unidade disponibilizou a agenda para todos profissionais de saúde realizar o agendamento no horário de preferência pelo usuário, o que garantiu o atendimento a todos que aceitaram o acompanhamento.

Em relação à orientação sobre os riscos do tabagismo, para minha surpresa e alegria quase não tivemos usuários tabagistas durante os 3 meses de intervenção.

No eixo organização e gestão do serviço:

O registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa foi garantido através da inserção da ficha espelho disponibilizada pelo curso no prontuário. Através do registro e cadastro nesta ficha foi possível conhecer essa população e desenvolver estratégias para melhorar o acolhimento deste usuário. A ficha espelho possui uma tabela com exames complementares onde são registradas as solicitações durante a consulta médica, servindo também de sistema para acompanhamento. Criamos durante a intervenção uma caixa de exames de urgência, que fica na recepção onde são colocadas as prioridades e encaminhadas à secretaria de saúde.

A grande melhoria realizada foi no acolhimento ao usuário. O acolhimento foi realizado em sua maioria pela auxiliar de enfermagem e pela enfermeira. Durante o acolhimento o usuário era escutado e seu problema solucionado através da consulta médica imediata, se necessário, ou agendamento. O acolhimento para classificação de risco na demanda imediata era realizado somente pela enfermeira, assim como a consulta de enfermagem, conforme Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011 em que informa a atribuição de cada membro da equipe de saúde.

A criação de um cronograma semanal, permitiu organizar o atendimento, foi estabelecido o agendamento ao portador de hipertensão e diabetes às terças-feiras no turno da tarde, na segunda-feira pela manhã demanda espontânea (área e fora de área, sendo a maioria do atendimento para provenientes do PS municipal e fora de área) e à tarde agendamento para população da área (neste dia o agendamento era livre – idosos, portadores de HAS e DM, adolescentes, crianças, entre outros), na quarta-feira pela manhã ficou definido o agendamento da puericultura e à tarde reunião de equipe que inicialmente não ocorreu semanalmente. Na quinta-feira pela manhã agendamento idosos da área e à tarde visita domiciliar.

Não foi necessário durante a intervenção, solicitar mais material como esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, entre outros para a unidade de saúde, pois este já havia sido solicitado pouco antes da intervenção e entregue pelo gerente da unidade.

Em relação aos materiais para aferição de glicose, sempre que solicitado o material é entregue, não havendo falta deste material na unidade. Os profissionais da equipe de saúde que realizam o hemoglicoteste foram orientados a fazer o procedimento antes de toda consulta médica ou de enfermagem, garantindo um atendimento integral ao usuário.

Todo exame realizado é anotado em planilha disponibilizada pela secretaria de saúde, onde contém nome, número do prontuário e profissional que realizou o teste, tendo assim um controle do material utilizado e estoque disponível. Em relação à saúde bucal, como mencionado anteriormente, o dentista disponibilizou o agendamento de 3 usuários por turno, a fim de garantir a realização de tratamento odontológico.

Durante a intervenção conseguimos realizar três encontros com o grupo de hipertensos e diabéticos da unidade, o grupo se manteve praticamente o mesmo durante o estudo. Nas reuniões em grupo eram discutidos temas relacionados à

hipertensão arterial e diabetes, e dinâmicas de grupo. A nutricionista da unidade não pode comparecer às reuniões devido à incompatibilidade de horário. Foi solicitado ao gestor através de email, o telefone do educador físico para atividades nas reuniões em grupo, porém após algumas tentativas por telefone sem sucesso, acabamos desistindo e organizando nós mesmos as orientações sobre atividade física.

A nutricionista se dispôs a atender os tabagistas quando solicitado, por possuir capacitação em abordagem ao tabagismo. O gestor também disponibilizou tratamento através de um dispositivo adesivo para abandono do tabaco.

No eixo engajamento público:

A população de hipertensos e diabéticos da unidade foi informada sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde durante o atendimento e a consulta de enfermagem. Foi ressaltada a importância do acompanhamento realizado pelo cadastro e as ações preconizadas pelo programa como, exame clínico apropriado, solicitação de exames complementares, realização de exame clínico apropriado, avaliação de risco pela estratificação de risco cardiovascular, avaliação quanto a necessidade de atendimento odontológico, prescrição de medicamentos da farmácia popular, periodicidade das consultas, orientação sobre alimentação saudável, atividade física, riscos do tabagismo e orientações sobre higiene bucal.

Durante as consultas os usuários eram questionados sobre o histórico familiar e sobre a importância de familiares fazerem a prevenção, aferindo a pressão a partir dos 18 anos e em adultos com pressão maior que 135/80 mmHg realizar rastreamento para DM. Além destas informações eram entregues folders educativos para o usuário e seus familiares quando necessário.

As informações ficaram restritas a equipe de saúde, exceto aos ACS, que ficaram somente com os agendamentos e com os novos agendamentos para os faltosos, por ser uma tarefa que consome um pouco de tempo.

Em relação à saúde bucal, foi elaborado um folder contendo informações sobre a importância da avaliação odontológica que era distribuído em toda consulta e procedimento de enfermagem.

Durante estes atendimentos, os usuários também eram orientados quanto à regularidade das consultas médicas, explicando sobre a importância de se manter

um acompanhamento, controlando assim os fatores de risco para morbimortalidades.

Essas orientações começaram a acontecer somente no segundo mês de intervenção, pelo fato do remanejamento frequente de profissionais e até mesmo a falta deste profissional. Outro fato também que ocorreu confesso, foi a minha resistência em adentrar ao tema saúde bucal, pelo receio de estar invadindo um espaço que não é meu. Mas com a ajuda e paciência da minha orientadora, fui cedendo lentamente a ideia e acredito ter feito um bom trabalho, analisando a intervenção de maneira global.

Em relação aos usuários tabagistas, estes foram orientados sobre a existência do tratamento na UBS, com a nutricionista da unidade que trabalha além da sua especialidade, com abordagem ao tabagismo.

No eixo qualificação da prática clínica:

Durante as reuniões não foi possível capacitar a equipe em relação à aferição de pressão arterial e hemoglicoteste, sendo realizada esta orientação durante os horários disponíveis no turno de atendimento e durante os procedimentos em que os auxiliares de enfermagem eram acompanhados pela enfermeira, este momento também foi aproveitado para estabelecer o papel de cada um na intervenção. A equipe de enfermagem ficou responsável pelo cadastro na planilha de coleta de dados, preenchimento da ficha espelho e orientações. A médica ficou responsável pela estratificação de risco e solicitação de exames complementares. O trabalho foi apresentado aos ACS durante a reunião de equipe semanal.

Para a utilização da ficha espelho foram demonstrados o seu correto preenchimento durante o atendimento ao usuário e o registro adequado dos procedimentos em todas as consultas. No entanto houve engano por parte da auxiliar de enfermagem ao preencher a ficha espelho, que logo foi corrigido e teve seu preenchimento adequado.

Para a realização do exame clínico e exame físico foi utilizado um roteiro (em anexo) elaborado através do livro Anamnese e Exame Físico: Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto (Barros et al, 2010). O livro encontra-se disponível na unidade para consulta.

Pode-se observar durante a consulta de enfermagem que alguns usuários não sabiam da existência de sua medicação gratuitamente na farmácia da unidade, farmácia popular, farmácia municipal ou vice versa. Diante deste fato, através do

prontuário era verificada a frequência de retirada da medicação e alertado quanto a disponibilidade do medicamento e locais de retirada.

Quanto à estratificação de risco cardiovascular, a médica da unidade se dispôs a realizá-lo, mostrando agilidade e motivação, porém devido à grande demanda já existente e o aumento desta demanda devido à organização do serviço, com agendamentos e acolhimento por equipe multiprofissional, isto foi possível somente a partir do segundo mês. Pode-se dizer que esta ação foi parcialmente realizada, mas com êxito a partir de sua realização, pretendendo-se atingir a meta em alguns meses.

Conseguimos realizar poucas reuniões de equipe durante a intervenção, o que prejudicou as capacitações da equipe e ACS, a reunião que deveria acontecer semanalmente, passou a ser quinzenalmente e depois por sugestão da enfermeira do local, estas deveriam ser realizadas conforme necessidade.

As reuniões do grupo de hipertensos e diabéticos ocorreram mensalmente conforme previsto no cronograma, com atividades educativas e inserção da dinâmica de grupo, que se constitui um importante instrumento nas realizações de atividades educativas, no qual os conhecimentos e experiências são compartilhados.

Em novembro ficamos sem a enfermeira responsável pela unidade, que por problemas de saúde foi afastada das atividades. Em discussão com a equipe, foi exposta a necessidade das reuniões semanais e decidiu-se então que a partir de janeiro de 2015 as reuniões serão realizadas semanalmente para uma melhor avaliação da assistência.

A explicação seria o aumento da demanda e a falta de recursos humanos, o que afetaria o atendimento com menos um turno na semana, por isso a decisão. Mas durante as poucas reuniões de equipe que tivemos, foram explanados diversos assuntos relacionados à saúde da população e buscadas soluções para melhorias.

Em relação à capacitação quanto o tratamento de usuários tabagistas, já existe profissional capacitado para esse fim na unidade. A nutricionista foi o profissional que recebeu capacitação através da secretaria municipal de saúde para abordagem ao tabagismo e realiza o tratamento na unidade por meio de consulta agendada.

3.2 As ações previstas não desenvolvidas, facilidades e dificuldades e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente

No eixo monitoramento e avaliação:

A entrega de folders educativos não pode ser entregue pelos ACS, ficando restrita somente as consultas e encontros do grupo de diabéticos e hipertensos. Esta ação será realizada em outro momento, pois não conseguimos nos organizar para arrecadar mais material para que houvesse a distribuição e também tivemos o número de ACS reduzido por motivo de licença saúde.

No eixo organização e gestão do serviço:

Em reunião realizada com a secretaria de saúde, ficou estabelecido que será criado um protocolo de atendimento geral para cada unidade de acordo com suas necessidades e perfil populacional, devendo a unidade aguardar a visita do profissional da secretaria de saúde para assim criarmos juntos esse protocolo que ficará disponível para todos profissionais. A criação deste protocolo foi definido em reunião com o gestor. O protocolo será para uso da equipe de saúde e abordará todos os programas e ações.

Porém durante os meses de intervenção foi estabelecido o uso de protocolo de hipertensão e diabetes do MS, o qual ficou disponível para uso da equipe na unidade.

Em relação à atualização de conhecimentos dos profissionais, este é realizado através de convocações pela secretaria de saúde e durante as reuniões de equipe pela enfermeira responsável pela unidade, que no momento encontra-se em licença saúde.

Também não foi possível realizar controle de estoque na farmácia contendo lote, validade e quantidade, o que possuímos na UBS é um controle por meio de entrada de medicamentos e estoque ao final do mês, que é realizado por meio da contagem do estoque. As datas de validade são monitoradas através da relação entregue pela farmácia municipal e revisadas todo estoque na farmácia da unidade ao final do mês.

Quanto à busca aos faltosos, não houve visitas domiciliares para buscá-los, ficando o ACS responsável por agendar nova consulta e alertá-los a comparecer no dia marcado. As visitas domiciliares ficaram restritas aos usuários acamados, portadores de necessidades especiais e idosos, devido à falta de equipe.

No eixo qualificação da prática clínica:

Houve dificuldades em pactuar atividades com o dentista da unidade, primeiramente pelo fato do remanejamento de profissionais, depois porque chegamos a ficar algum tempo sem dentista. Houve três trocas de profissionais durante o período de intervenção, não havendo tempo para outras atividades e entrosamento entre a equipe e este profissional, ficando apenas pactuado o agendamento. Pode-se dizer que esta meta foi cumprida parcialmente.

3.3 Dificuldades na coleta e sistematização de dados, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores

Houve um pouco de dificuldade no registro da ficha espelho pelas auxiliares de enfermagem, que preenchiam a parte que lhes correspondiam e também a parte relacionada à consulta médica. Após, foi explicado sobre o registro correto na ficha espelho para que ela fosse preenchida adequadamente. Mas isto não prejudicou o desenvolvimento do trabalho. Na planilha de coleta de dados também houve erro no preenchimento, fazendo que algumas ações não apresentassem a meta estipulada, pelo fato desta planilha ser usada para controle das ações e indicadores mensais durante a intervenção.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço: aspectos que serão adequados ou melhorados**No eixo monitoramento e avaliação:**

A ficha espelho pôde ser incorporada à rotina da UBS, o que possibilitou o registro e cadastro do usuário, monitoramento de exames, entre outros. A melhora da qualidade dos registros está em fase de incorporação na unidade, ainda há esquecimento por parte de alguns funcionários em fazer o registro a cada procedimento, o que tem sido monitorado diariamente.

O agendamento para avaliação nutricional e odontológica foi positivo e pôde ser incorporado à rotina.

No eixo organização e gestão do serviço:

Criamos uma caixa, onde ficam os exames de urgência, que fica na recepção. Esta foi muito bem aceita pela equipe e pôde ser incorporada na rotina da

unidade. A caixa de urgência foi uma estratégia para a agilidade nos exames, em combinação com a secretaria de saúde.

O acolhimento integral à rotina foi incorporado no primeiro dia de intervenção. O acolhimento foi a porta principal de entrada para o desenvolvimento das demais ações.

No eixo engajamento público:

A entrega de material educativo e orientações se manteve durante toda intervenção. Esta era uma ação que já era realizada na unidade, então não tivemos dificuldade em continuá-la, somente aprimoramos estas ações para que fossem realizadas de forma mais abrangente e completa.

No eixo qualificação da prática clínica:

As reuniões semanais puderam ser incorporadas, mesmo que no final da intervenção. A utilização do roteiro para exame físico para implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) está em fase de adaptação.

A SAE foi criada para organizar os cuidados de saúde e é uma atividade privativa do enfermeiro. Sua implantação deve ser realizada em toda a instituição de saúde pública e privada. Entre os motivos para a sua não realização estão a falta de tempo, de conhecimento teórico, de exercício prático, de recursos, entre outros (Luiz et al, 2010).

4 Avaliação da intervenção

Em relação ao cronograma da última semana, foi realizado o cadastro de hipertensos e diabéticos na unidade e, pelos agentes comunitários de saúde, foi prestado atendimento clínico com consulta de enfermagem e médica. O grupo será realizado dentro de 2 semanas, pois o anterior foi também alterado a data e consequentemente tivemos que alterar o próximo encontro.

Não realizamos contatos com lideranças comunitárias, pois não há líderes na comunidade, segundo informações da enfermeira e chefe da unidade e de uma ACS, as quais que estão há mais de 12 anos atuando na UBS. Recebemos a câmara de vereadores e representantes da área da saúde em agosto. Na ocasião falamos sobre os problemas enfrentados pela unidade. O sistema de agendamento nos permitiu realizar a busca aos faltosos, o que vem ocorrendo semanalmente na UBS.

Em relação ao objetivo de cobertura, não foi possível cadastrar todos hipertensos e diabéticos da área da unidade devido à falta de recursos humanos e a grande demanda de atendimentos da área e fora de área, resultando em um percentual de 25% para hipertensos e 48,7% para diabéticos durante as 12 semanas de intervenção.

Em relação ao objetivo de qualidade, o agendamento de consultas foi garantido a 100% dos diabéticos e hipertensos da área.

Em relação ao objetivo adesão, foi realizada busca ativa de todos os faltosos às consultas.

Em relação ao objetivo registro, foi melhorada a qualidade do registro através da inserção da ficha espelho como método de acompanhamento em 100% dos usuários cadastrados nas 12 semanas de intervenção. Alguns não possuíam registros adequados no prontuário, quando questionado sobre o tempo que não consultava na UBS, pelo último dado registrado, este dizia que toda semana comparecia à UBS para aferição de pressão arterial, daí se reconhecia a deficiência do registro, o que tem melhorado pelas orientações realizadas a todos profissionais sobre a importância do registro adequado.

Em relação ao objetivo avaliação de risco, foi realizada estratificação de risco cardiovascular em 19,4%% de hipertensos e 28,8% durante o período da intervenção. Pretende-se atingir a meta de 100% nos próximos meses, pelo fato do médico da UBS ter se adequado a realização da estratificação somente nas últimas semanas. Estávamos procurando um programa rápido e eficaz para a realização, já que a UBS dispõe de computadores com acesso à internet.

Em relação ao objetivo promoção da saúde, todo usuário, antes de ser atendido pelo médico, é avaliado na consulta de enfermagem pelo enfermeiro, onde é coletado o histórico familiar, é aferida a pressão arterial, realizado teste de glicemia, realizado exame físico (se necessário), feitas medidas antropométricas e encaminhados ao nutricionista que deixou sua agenda na recepção para agendamento. Durante a consulta de enfermagem também são dadas orientações sobre alimentação, atividade física e riscos do tabagismo se forem o caso. Alguns casos serão encaminhados a nutricionista, que é capacitada na abordagem ao tabagismo.

De acordo com Brasil (2006) o papel do enfermeiro como integrante da equipe multiprofissional de saúde é promover ações que visem à melhoria da qualidade de vida da comunidade, realizar orientações de alimentação saudável e prevenção do excesso de peso, realizar ações de vigilância profissional, consulta de enfermagem, aferir dados antropométricos, realizar educação permanente em saúde e nutrição, avaliar casos de riscos e encaminhar, se necessário ao profissional especializado.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2007), dispõe sobre o código de ética dos profissionais de enfermagem e aponta a enfermagem como uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa e família, atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, participando também como integrante da sociedade em ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população. O profissional de enfermagem presta assistência à saúde visando à promoção do ser humano como um todo.

Cabe ao enfermeiro envolver a comunidade nas ações de promoção e recuperação da saúde, por meio de orientação alimentar saudável, prevenção do ganho de peso, monitoramento de dados antropométricos durante as consultas de enfermagem, avaliação e encaminhamento dos casos de risco, além de participação

e coordenação de atividades de educação permanente no âmbito da saúde e nutrição (Marchi-Alves et al., 2011).

As orientações sobre saúde bucal começaram a ser realizadas por meio de folders educativos, assim como as orientações sobre atividade física e alimentação. Tivemos uma falha durante a intervenção em relação às orientações citadas anteriormente, pelo preenchimento incorreto da planilha de coleta de dados, que foi o instrumento utilizado para o monitoramento das ações e para a evolução mensal dos indicadores, pelo fato de alguns profissionais se equivocarem no preenchimento e realizarem as ações educativas por algumas vezes somente perante alterações ao exame.

Tivemos alguns problemas com o dentista da unidade, como licenças, troca de profissional, entre outros, mas todos os usuários que necessitam são agendados. Porém foram disponibilizadas somente 3 fichas pela manhã, devido a grande demanda e um profissional somente atendendo no momento no período da manhã. Chegamos a ficar alguns dias sem esse profissional.

Saliento que o acolhimento é o grande destaque e ponto de partida da intervenção. A população sente que realmente é acolhida e está elogiando bastante o atendimento que desta forma se mantém mais organizado. Anteriormente o usuário não tinha esse atendimento multidisciplinar, agora ele se sente acolhido e realmente ouvido no que diz respeito a todas suas queixas e dúvidas.

Não conseguimos alcançar a meta estipulada de 100% em todas as ações, mas estou satisfeita em perceber que tudo que foi feito até aqui foi de qualidade. Contudo a luta continua e por mais que tenhamos obstáculos devemos acreditar em nós mesmos e em nosso potencial como equipe, acreditar que juntos somos mais fortes.

4.1 Resultados

A seguir serão descritos os resultados obtidos, com a avaliação e evolução durante os três meses de intervenção:

Objetivo: Cobertura

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

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

Segundo estimativa da VIGITEL, 2011 para uma população de 4000 habitantes, existem na área de abrangência da unidade, 608 portadores de hipertensão e 150 portadores de diabetes. De acordo com os últimos dados disponíveis na UBS do Plano de reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, Sistema de Cadastro e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, existem 25 portadores de diabetes, 150 portadores de hipertensão e 34 portadores de hipertensão e diabetes cadastrados.

Durante os três meses de intervenção foram cadastrados 33 (5,4%) hipertensos no primeiro mês, 129(21,2%) no segundo mês e 155 (25,5%) no terceiro mês. Totalizando ao final do mês três 25,5% hipertensos cadastrados (Figura 1). O aumento gradativo ao final do terceiro mês se deve a mudanças no acolhimento desse usuário. A UBS também conta com alguns usuários na sua área adstrita que se recusam a receber a visita e cadastramento do ACS, por se tratar de uma unidade localizada em área central, onde existem alguns usuários que possuem plano de saúde e realizam consulta em clínicas conveniadas com seu plano.

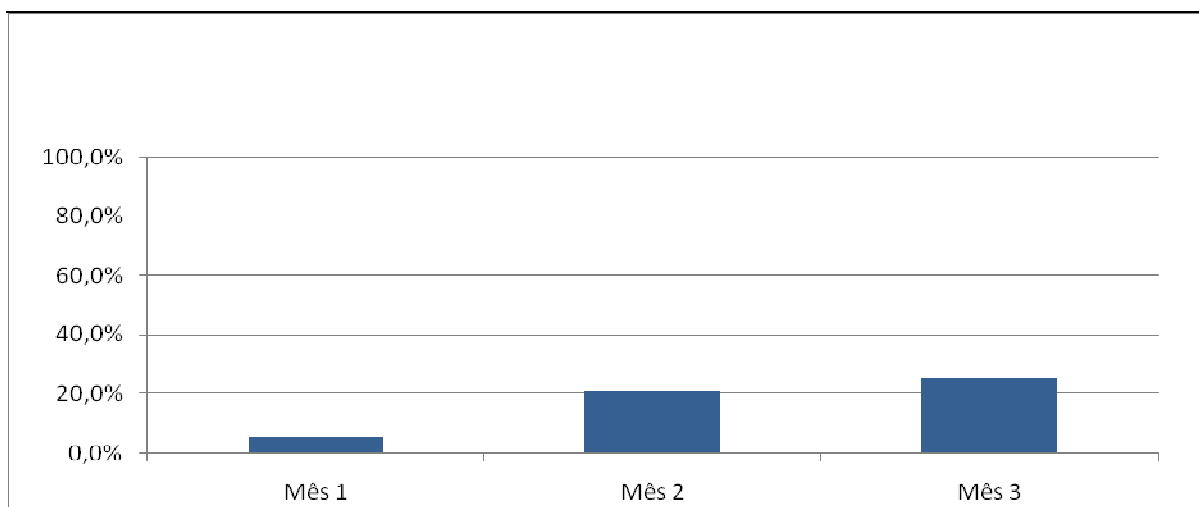


Figura 1- Evolução mensal do indicador cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. UBS SANSCA. Pelotas, RS.

Objetivo: Cobertura

Meta: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Foram cadastrados 5(3,3%) diabéticos no primeiro mês, 66(44%) no segundo mês e 73(48%) no terceiro mês. Total de 48,7% diabéticos cadastrados ao final do terceiro mês (Figura 2).

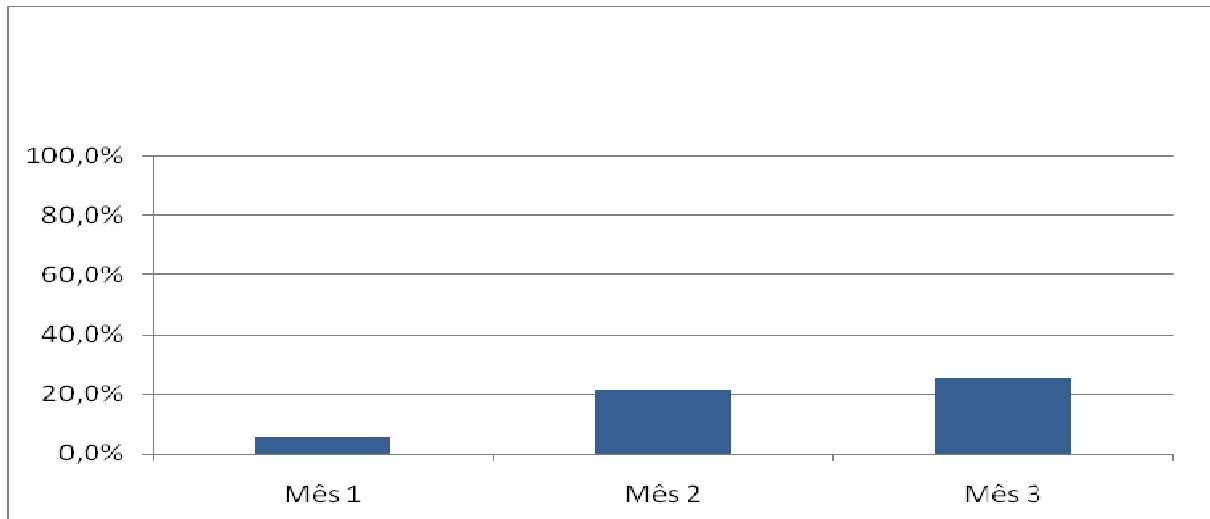


Figura 2 - Evolução mensal do indicador cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. UBS SANSCA. Pelotas, RS.

Objetivo: Adesão

Meta: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde.

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

Foram realizadas somente 4 buscas a usuários hipertensos, sendo 1 busca no primeiro mês, 1 busca no segundo mês e 2 buscas no terceiro mês, totalizando 100% de buscas aos hipertensos faltosos ao final do estudo (Figura 3).

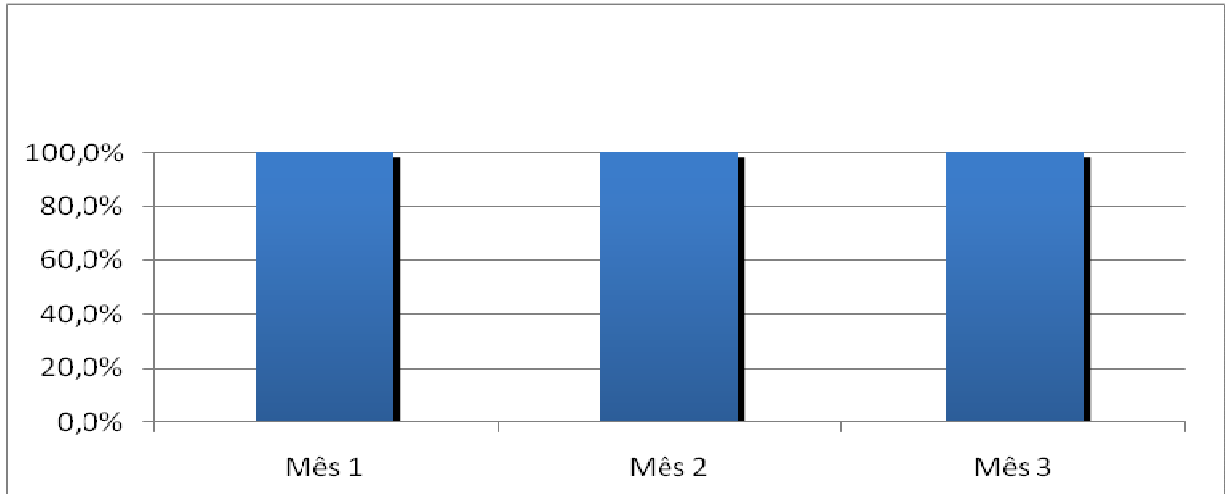


Figura 3 – Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa. UBS SANSCA. Pelotas, RS.

Objetivo: Adesão

Meta: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde.

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

Não houve buscas a diabéticos durante os 3 meses de intervenção. O agendamento de consultas contribuiu para a avaliação e organização deste indicador (Figura 4).

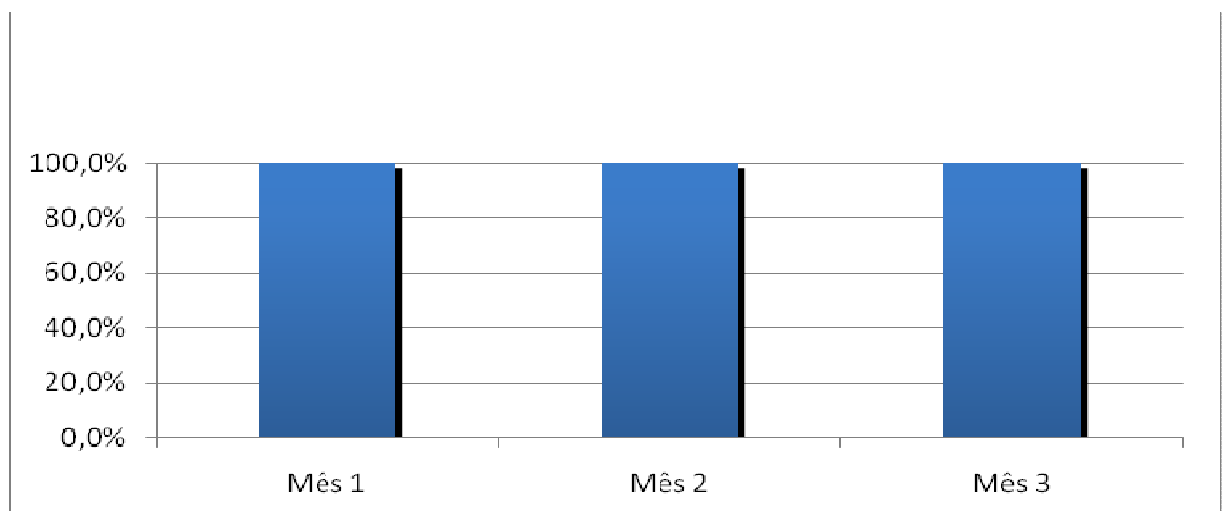


Figura 4 – Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa. UBS SANSCA. Pelotas, RS.

Objetivo: Avaliação de risco

Meta: Encaminhar ao médico para a realização de estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

No primeiro mês não houve nenhuma estratificação de risco cardiovascular pelo fato de iniciarmos a intervenção sem médico de saúde da família, no segundo mês foram realizadas estratificação de risco em 5 (3,9%) usuários hipertensos e 30(19,4%) no terceiro mês, totalizando ao final do estudo 19,4% usuários com estratificação de risco cardiovascular realizada (Figura 5).

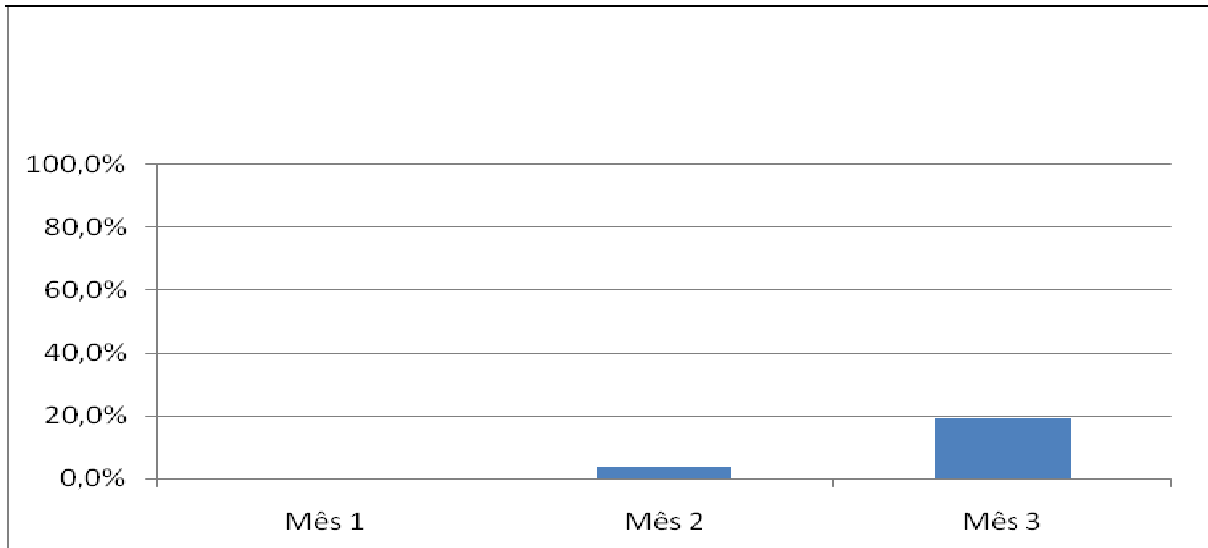


Figura 5 – Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. UBS SANSCA, Pelotas, RS.

Objetivo: Avaliação de risco

Meta: Encaminhar ao médico para a realização de estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Em relação aos usuários diabéticos foram realizadas 14(21,2%) estratificações de risco cardiovascular no segundo mês e 21(28,8%) no terceiro mês. Não houve estratificação de risco cardiovascular no primeiro mês (Figura 6). O que dificultou o início da estratificação de risco cardiovascular, inicialmente foi a falta de profissional médico no primeiro mês da intervenção, após a chegada do médico para compor a equipe de saúde da família, foi apresentada para este a proposta de intervenção.

Após o conhecimento por este profissional dos objetivos e metas, em especial os objetivos e metas aos quais dependemos do médico para a sua realização, este imediatamente começou a utilizar um programa informatizado para a realização da estratificação de risco cardiovascular durante as consultas, o que

levou a um percentual de estratificações de 19,4% para hipertensos e 28,8% de diabéticos ao final do estudo.

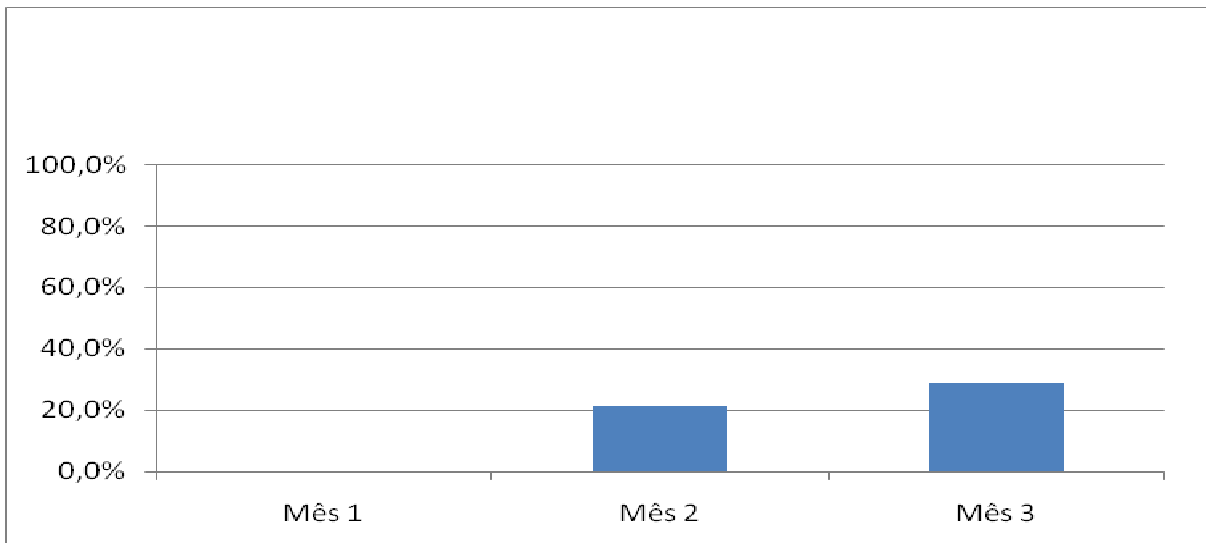


Figura 6 – Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. UBS SANSCA, Pelotas, RS.

Objetivo: Qualidade

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

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

Tivemos 17 (51,5%) hipertensos no primeiro mês com exame clínico em dia, 102 (79,1%) no segundo mês e 127(81,9%) no terceiro mês. Totalizando um percentual de 81,9% no final do estudo (Figura 7). Este estudo levou em consideração uma consulta anterior à consulta realizada nos meses de intervenção de acordo com os registros do prontuário, por isso não obtivemos uma meta de 100% como proposto.

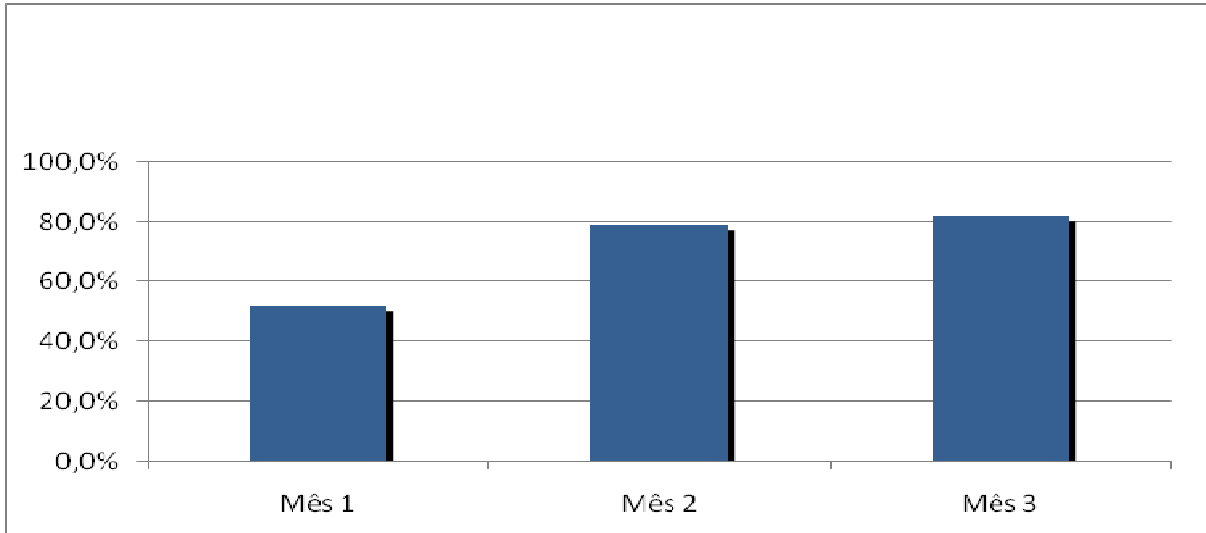


Figura 7 – Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS SANSCA, Pelotas, RS.

Objetivo: Qualidade

Meta: Realizar exame clínico adequado e 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Tivemos 3 (60%) diabéticos no primeiro mês com exame clínico em dia, 55(83,3%) no segundo mês e 62 (84,9%) no terceiro mês. Ao final do estudo tivemos 84,9% de diabéticos com exame clínico em dia (Figura 8). Este estudo levou em consideração uma consulta anterior à consulta realizada nos meses de intervenção de acordo com os registros do prontuário, por isso não obtivemos uma meta de 100% como proposto.

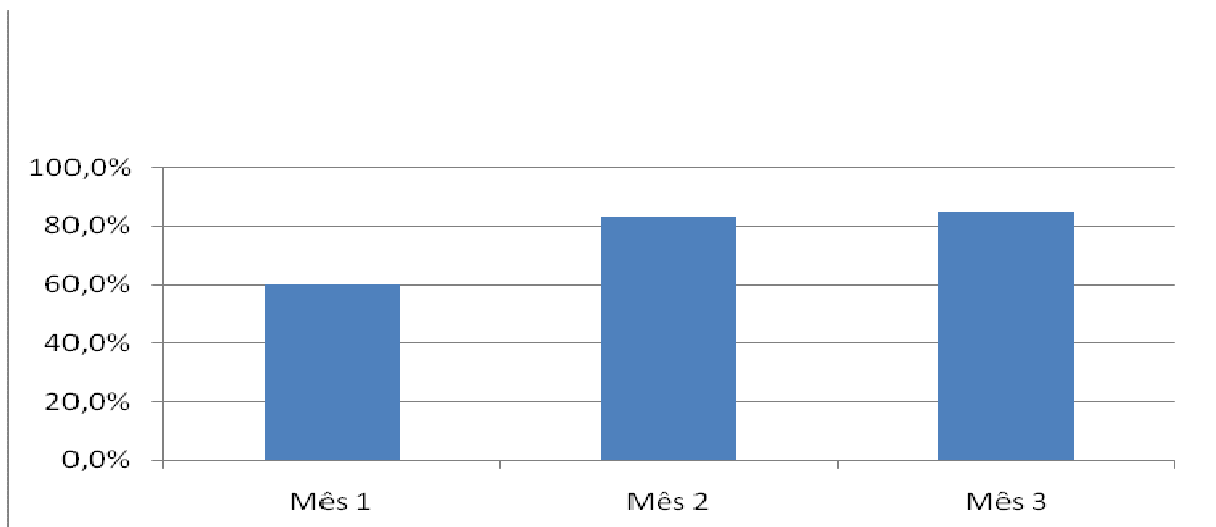


Figura 8 – Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS SANSCA. Pelotas, RS.

Objetivo: Qualidade

Meta: 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.

No primeiro mês foi priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia a 33 (100%) hipertensos, no segundo mês tivemos 122(94,6%) no terceiro mês e 148(95,5%), finalizando o estudo com 95,5% da meta alcançada. (Figura 9). Temos usuários em que não foi possível a troca de medicação, que foi receitada por especialista que os acompanham e os usuários não tinham interesse na modificação, pois segundo eles, foi essa a medicação a qual se adaptaram e conseguiram manter bons níveis pressóricos com seu uso.

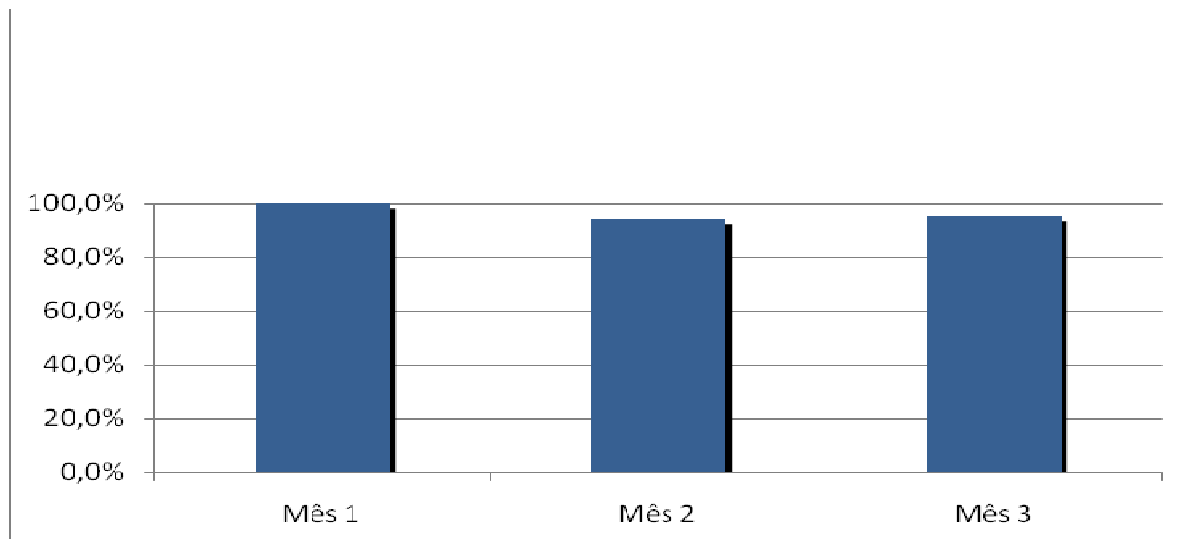


Figura 9 – Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada. UBS SANSCA. Pelotas, RS.

Objetivo: Qualidade

Meta: 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.

No primeiro mês foi priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia a 5(100%) diabéticos, no segundo mês tivemos 49(74,2%) e 56(76,7%) no terceiro mês, finalizando o estudo com um percentual de 76,7% (Figura 10).

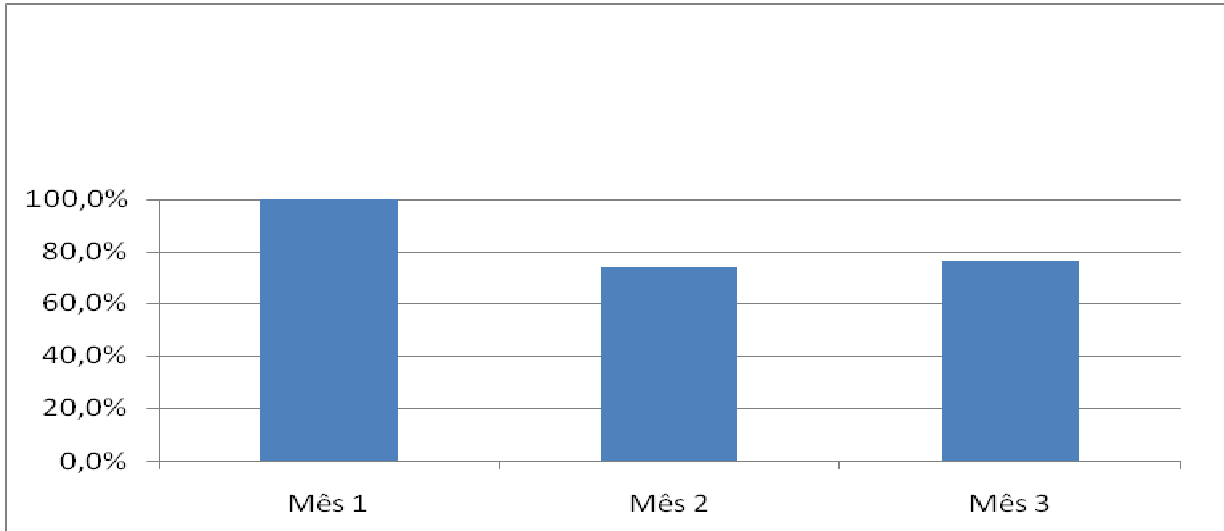


Figura 10 – Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada. UBS SANSCA. Pelotas, RS.

Objetivo: Qualidade

Meta: 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.

Tivemos no primeiro mês 13 (39,4%) realizações de exames complementares para hipertensos, 101 (78,3%) no segundo mês e 126 (81,3%) no terceiro mês (Figura 11). Ao final da intervenção um total de 81,3% de usuários com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, esse percentual se explica pelo fato de alguns usuários possuírem exames de acordo com o protocolo recentes de consulta anterior, não sendo necessários realizá-los nos meses de estudo.

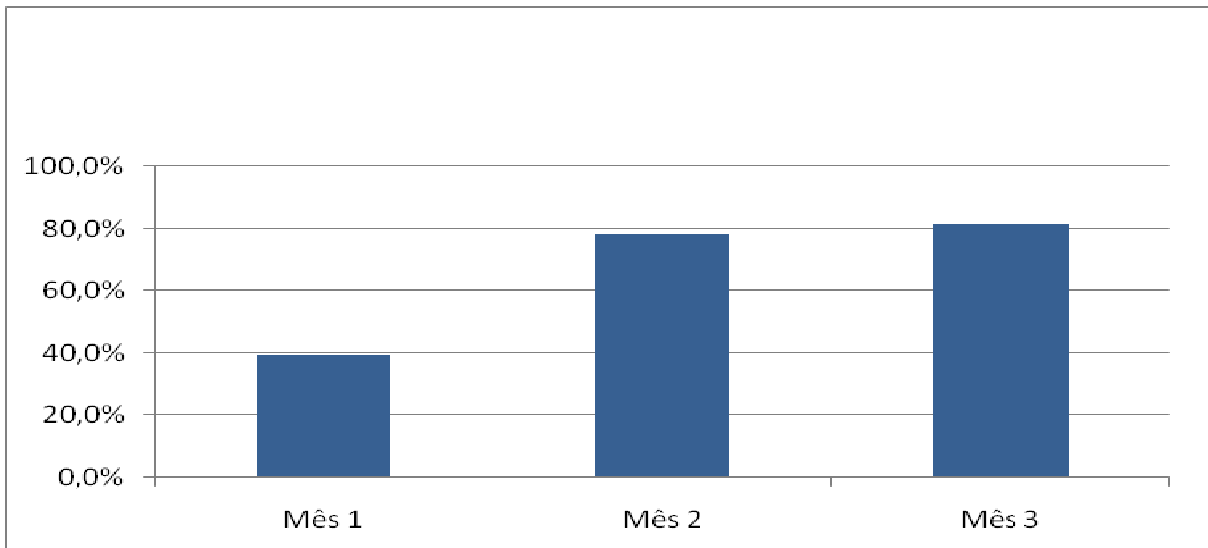


Figura 11– Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS SANSCA. Pelotas, RS.

Objetivo: Qualidade

Meta: 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.

Tivemos no primeiro mês 2 (40%) realizações de exames complementares para diabéticos, 53 (80,3%) no segundo mês, alcançando a meta de 82,2% de realizações de exames complementares no terceiro mês (Figura 12). Esse percentual se explica pelo fato de alguns usuários possuírem exames de acordo com o protocolo recentes de consulta anterior, não sendo necessários realizá-los nos meses de estudo.

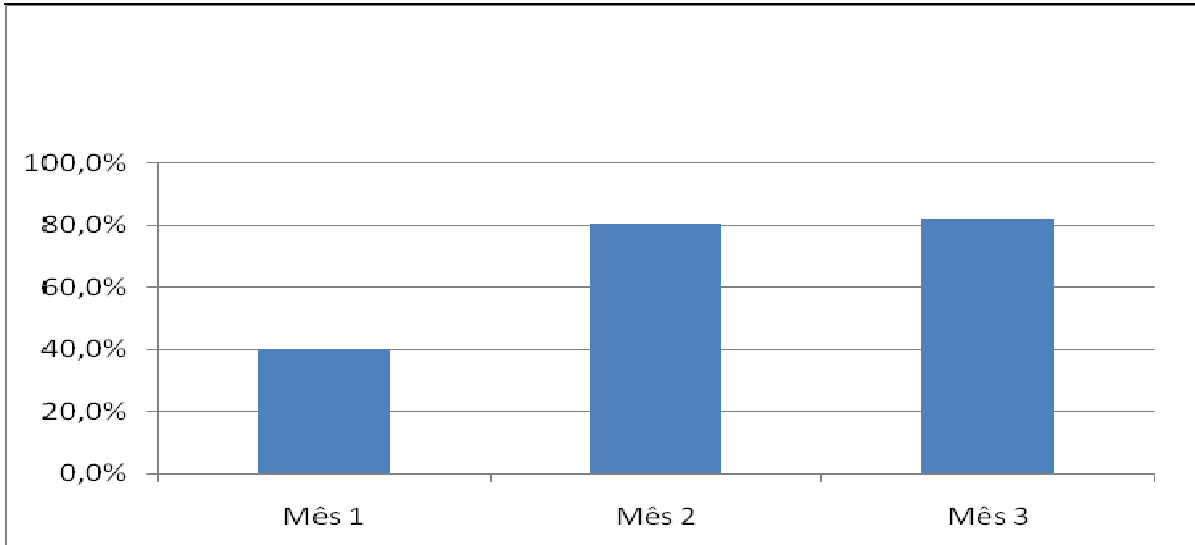


Figura 12 – Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS SANSCA. Pelotas, RS.

Objetivo: Registro

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

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

Conseguimos manter ficha de acompanhamento a 33 (100%) hipertensos no primeiro mês, 118 (91,5%) no segundo mês e 138 (89%) no terceiro mês de intervenção (Figura 13). A equipe se mostrou disposta a manter a ficha de acompanhamento, porém algumas vezes, como era algo novo na unidade, o profissional que atendeu o usuário acabou esquecendo-se de anexar a ficha ao prontuário. Outro fato também que contribuiu para não anexar a ficha de acompanhamento foi a grande demanda e poucos profissionais, levando a agilidade no atendimento e como consequência o seu esquecimento.

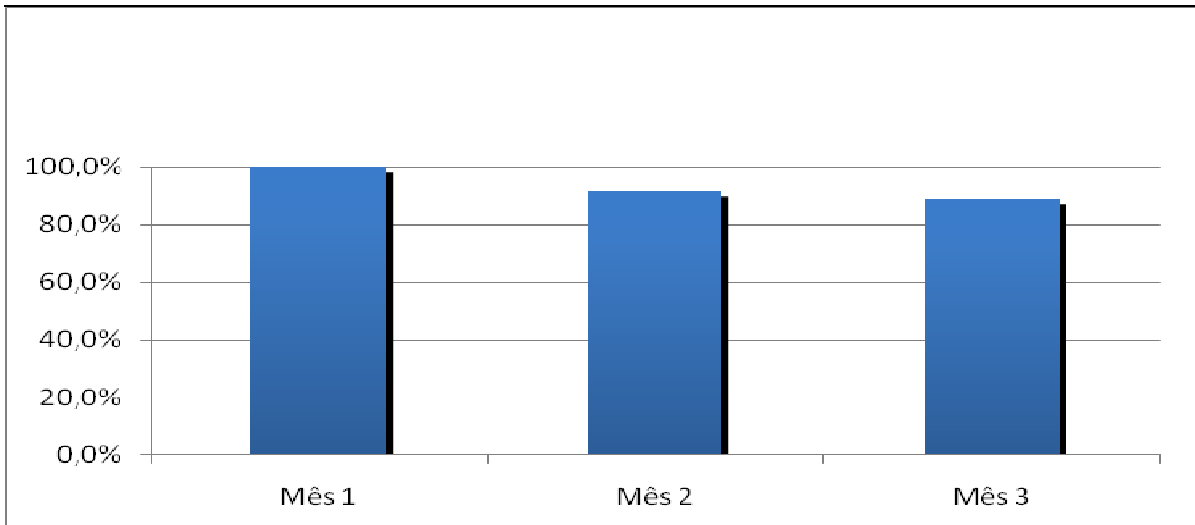


Figura 13 – Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS SANSCA, Pelotas, RS.

Objetivo: Registro

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

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

Conseguimos manter ficha de acompanhamento a 5 (100%) diabéticos no primeiro mês, 64 (97%) no segundo mês e 53 (72,6%) no terceiro mês (Figura 14).

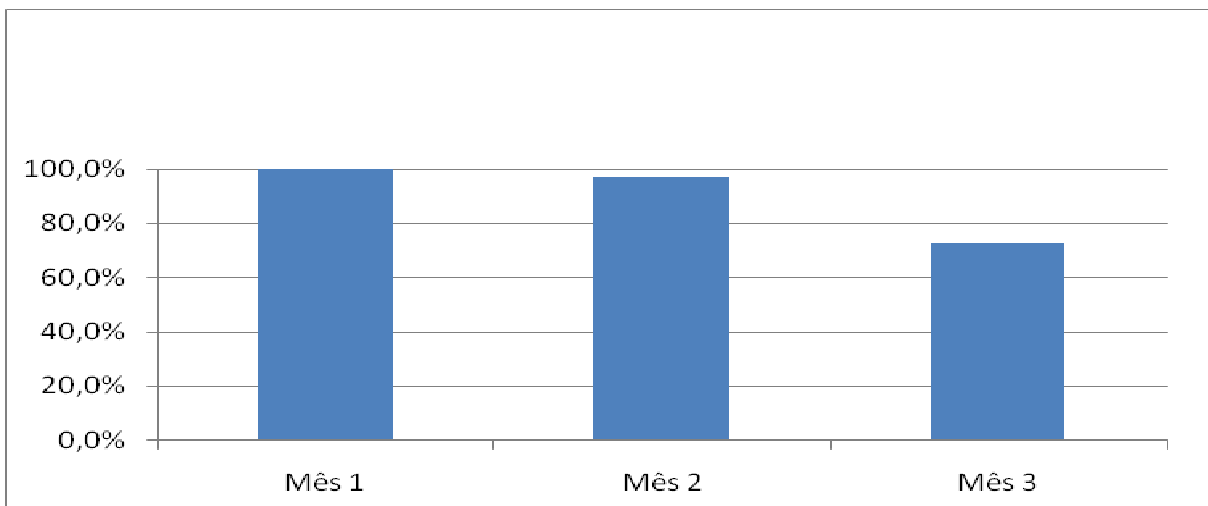


Figura 14 – Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS SANSCA. Pelotas, RS.

Objetivo: Promoção da Saúde

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

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

Foi realizada orientação sobre alimentação saudável para 22 (66,7%) hipertensos no primeiro mês, 56 (43,4%) no segundo mês e 82 (52,9%) no terceiro mês (Figura 15). As orientações eram realizadas em todas as consultas, ficando encarregados todos os profissionais da unidade em realizá-la. Para os percentuais apresentados foi levada em consideração a entrega de folders educativos e reuniões em grupo e as orientações durante as consultas e procedimentos.

Como temos uma unidade básica de saúde mista, com funcionários que são da estratégia da saúde da família e outros que trabalham durante um turno, em alguns momentos, infelizmente, a entrega de folder e a orientação verbal não foi realizada, somente perante alterações clínicas. O controle da orientação era realizado através de anotação na planilha fornecida pelo curso (Anexo C). Alguns usuários foram encaminhados à nutricionista, conforme aceitação. Desta forma houve um decréscimo do primeiro mês para o segundo e voltando a subir o percentual do segundo para o terceiro mês.

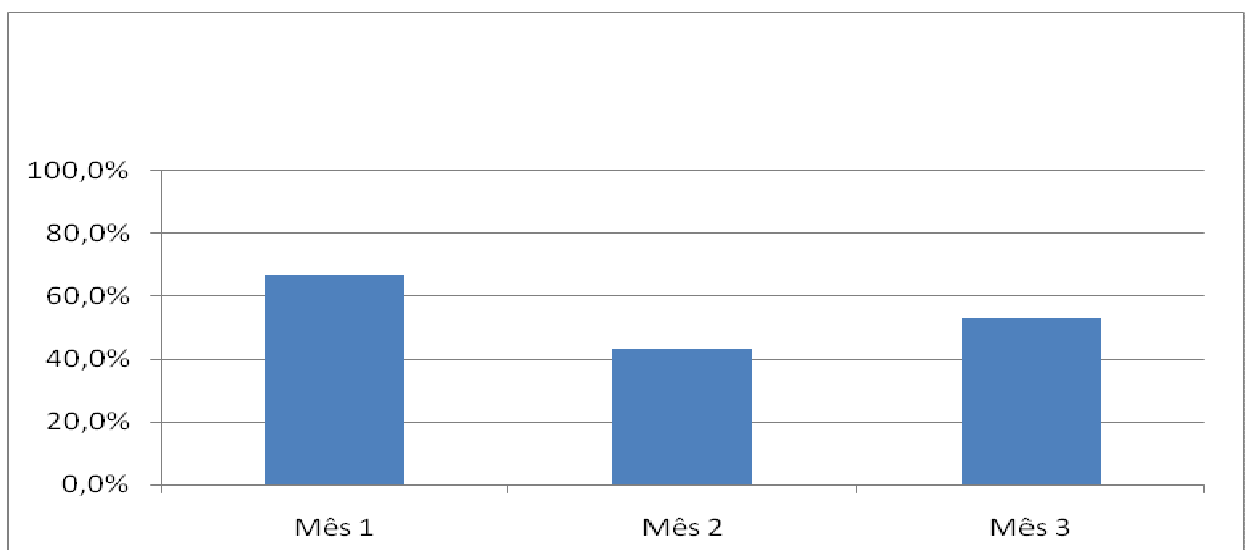


Figura 15 – Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS SANSCA, Pelotas, RS.

Objetivo: Promoção da Saúde

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

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

Foram realizadas orientações sobre alimentação saudável para 5 (100%) diabéticos no primeiro mês, 32 (48,5%) no segundo mês e 39 (53,4%) no terceiro mês (Figura 16).

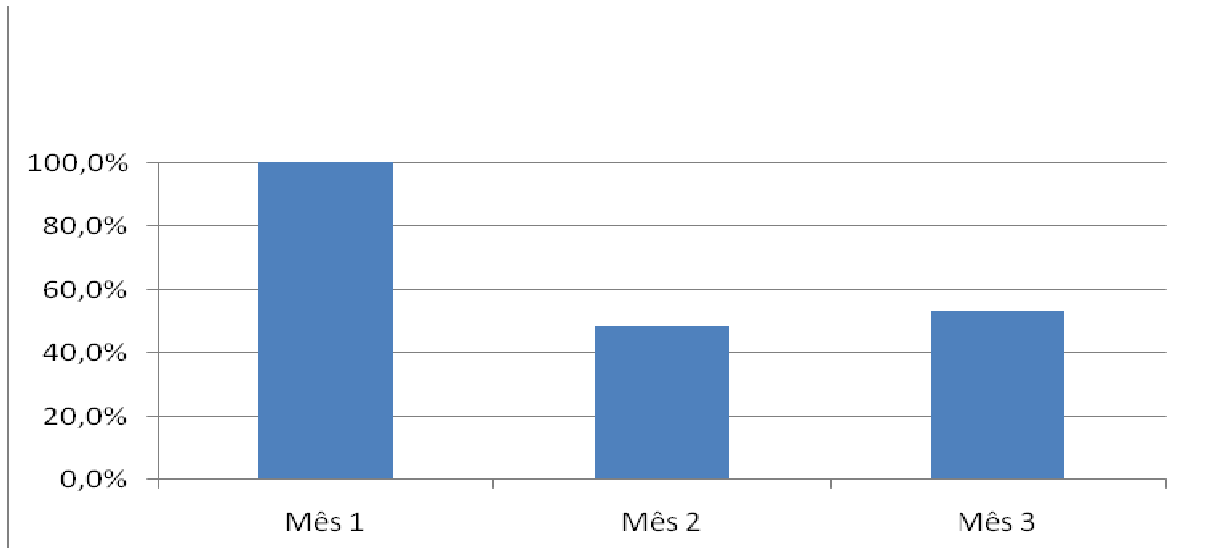


Figura 16 – Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS SANSCA. Pelotas, RS.

Objetivo: Promoção da Saúde

Meta: 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.

Foram realizadas orientações em relação à prática regular de atividade física a 18 (54,5%) hipertensos no primeiro mês, 50 (38,8%) no segundo mês e 76 (49%) no terceiro mês (Figura 17). Recebemos apoio do gestor, que disponibilizou um educador físico, porém não conseguimos contato após algumas tentativas e acabamos realizando as orientações para usuários. As orientações eram anotadas em planilha disponibilizada pelo curso (Anexo C) onde eram realizados todos os registros para controle das ações.

Tivemos problemas com alguns funcionários que não são da estratégia de saúde da família que, em alguns momentos, não forneciam as orientações necessárias, fazendo com que a porcentagem dessas orientações não atingisse a meta.

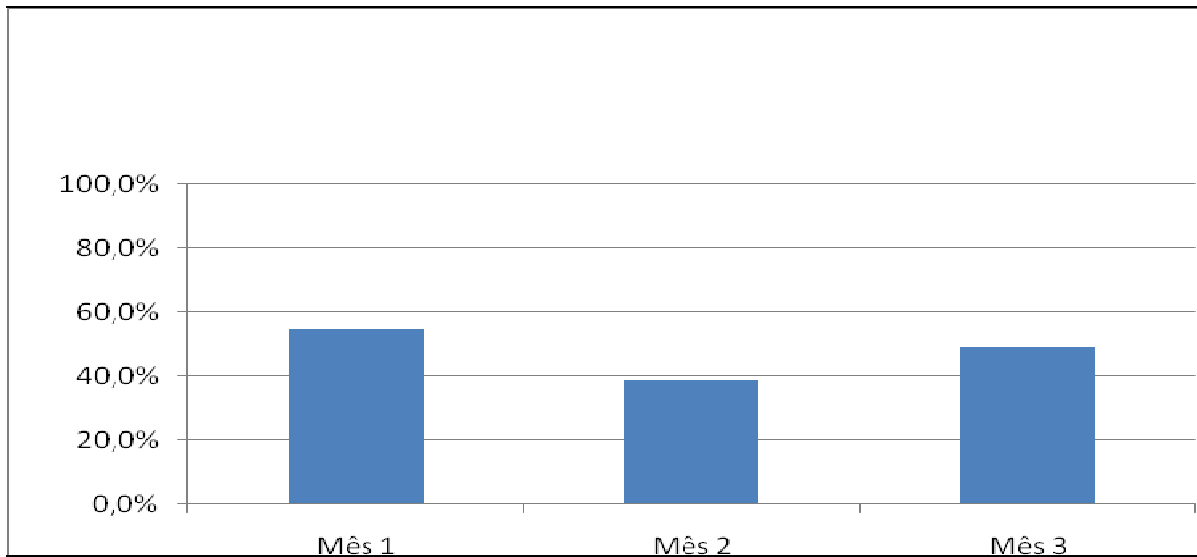


Figura 17 – Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física. UBS SANSCA. Pelotas, RS.

Objetivo: Promoção da Saúde

Meta: 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.

Foram realizadas orientações em relação à prática regular de atividade física a 5 (100%) diabéticos no primeiro mês, 20 (30,3%) no segundo mês e 27(37%) no terceiro mês (Figura 18). A maioria dos usuários cadastrados eram idosos, alguns acamados, com problemas de locomoção e problemas de saúde associados que impediram a prática de atividade física.

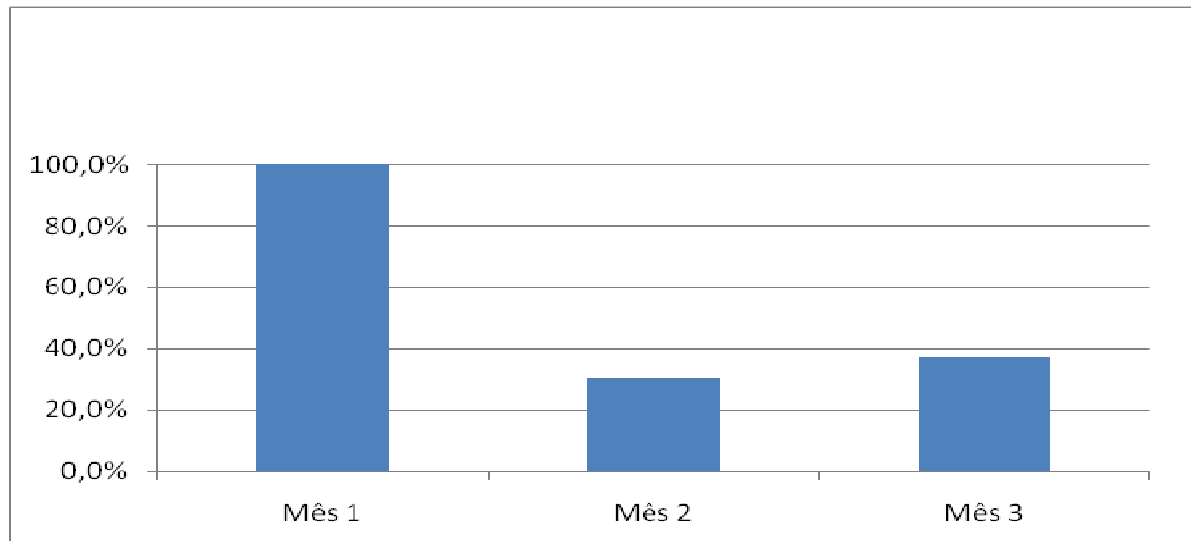


Figura 18 – Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física. UBS SANSCA. Pelotas, RS.

Objetivo: Promoção da Saúde

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

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

No primeiro mês realizamos somente 1 (3,0%) orientação sobre os riscos do tabagismo aos hipertensos, no segundo mês 7 (5,4%) e no terceiro mês 8 (5,2%) (Figura 19). Temos poucos usuários hipertensos e diabéticos tabagistas na área da unidade. Porém, o usuário sempre era questionado sobre o convívio com familiares tabagistas. O usuário tabagista era informado sobre o tratamento disponibilizado pela nutricionista da unidade.

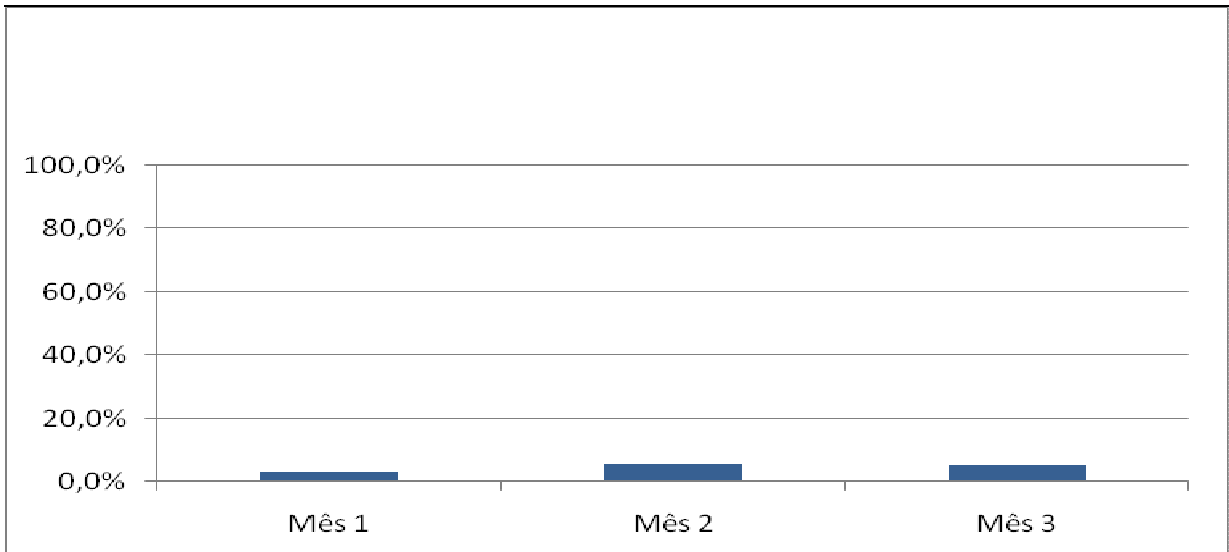


Figura 19 – Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS SANSCA. Pelotas, RS.

Objetivo: Promoção da Saúde

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

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

Não realizamos nenhuma orientação no mês 1 sobre os riscos do tabagismo a diabéticos. No segundo mês foram realizadas 4 (6,1%) orientações e no terceiro mês 4(5,5%) como mostra a figura 20.

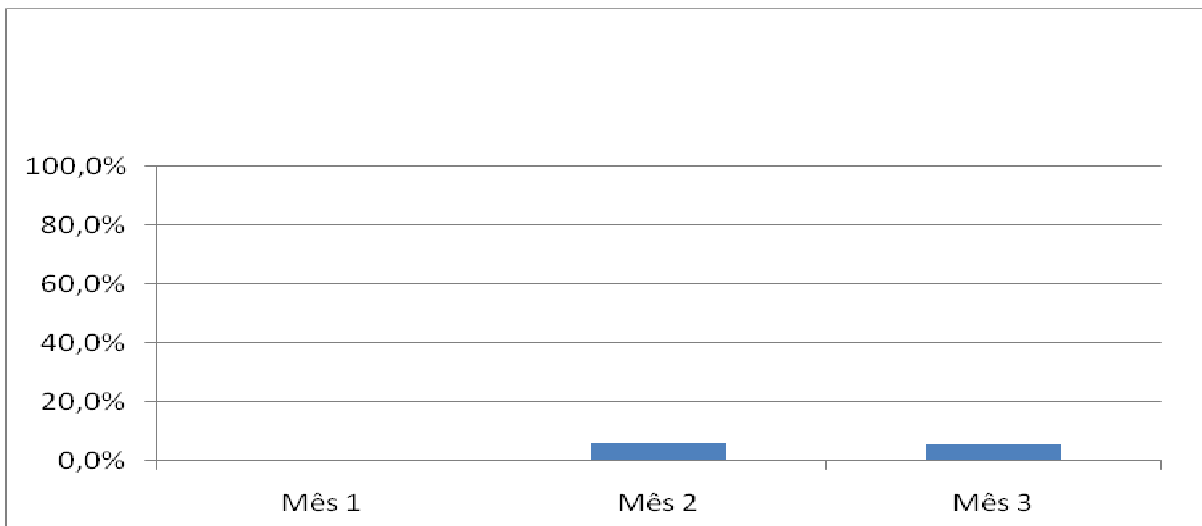


Figura 20 – Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS SANSCA. Pelotas, RS.

Objetivo: Promoção da Saúde

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Foram realizadas 1 (3,0%) orientação sobre higiene bucal no primeiro mês, 36 (27,9%) no segundo mês e 62 (40%) no terceiro mês (Figura 21). Essa meta representou uma das maiores dificuldades durante a intervenção. Houve remanejamento de profissionais durante quase todo o estudo e, até mesmo, a falta do profissional dentista. Diante deste imprevisto, busquei apoio com um dentista da unidade para preparar um folder educativo contendo todas as orientações necessárias à saúde bucal do hipertenso e diabético, que foi entregue com maior sucesso no último mês de intervenção, pois precisou passar por ajustes. Considera-se assim um resultado satisfatório se comparado ao primeiro mês em que tivemos apenas 3% usuários que receberam orientação, subindo para 40% no final da intervenção.

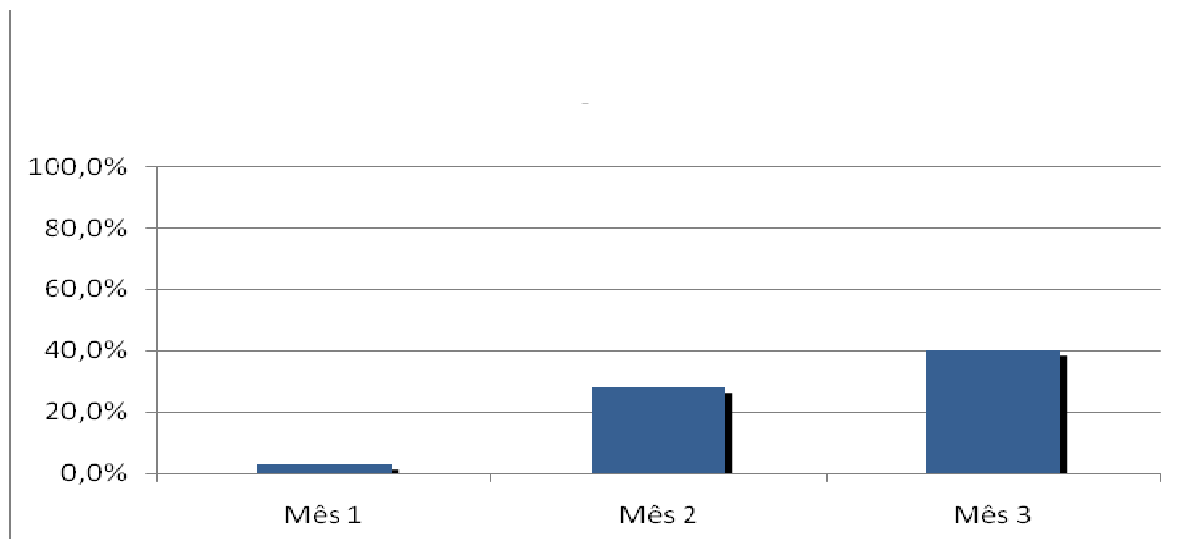


Figura 21 – Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal. UBS SANSCA. Pelotas, RS.

Objetivo: Promoção da Saúde

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Não foram realizadas orientações sobre higiene bucal no primeiro mês, no segundo mês foram realizadas 17 (25,8%) orientações e 24 (32,9%) no terceiro mês (Figura 22).

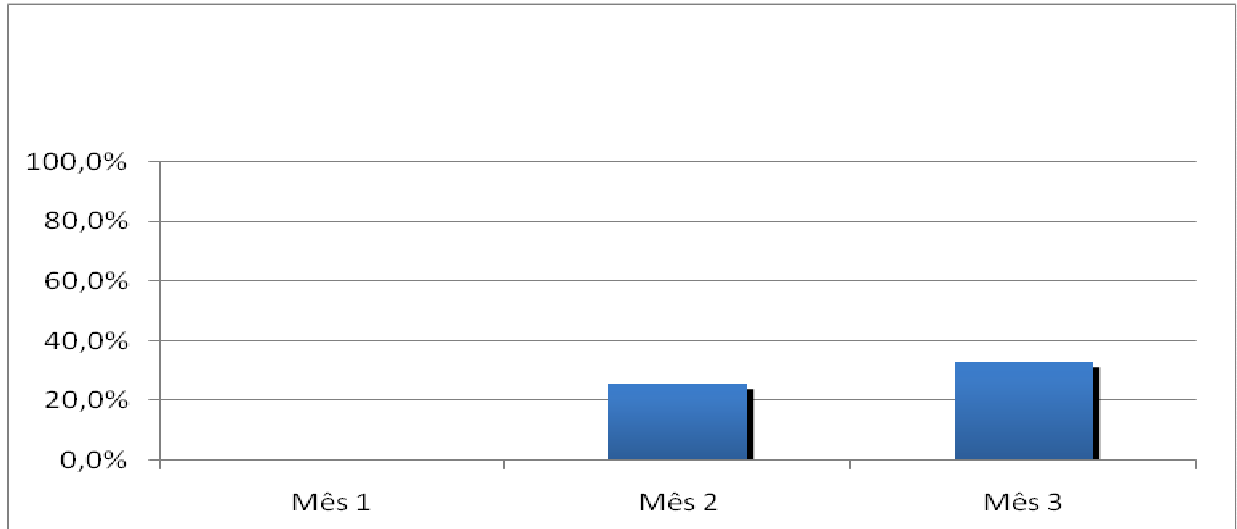


Figura 22 – Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal. UBS SANSCA, Pelotas, RS.

Objetivo: Qualidade

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

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

Foram realizadas somente 1 avaliação de atendimento odontológico no mês 1(3,0%), 3(2,3%)no mês 2 e 3(1,9%) no terceiro mês. Alcançando ao final do terceiro mês 1,9% de usuários avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico (Figura 23).

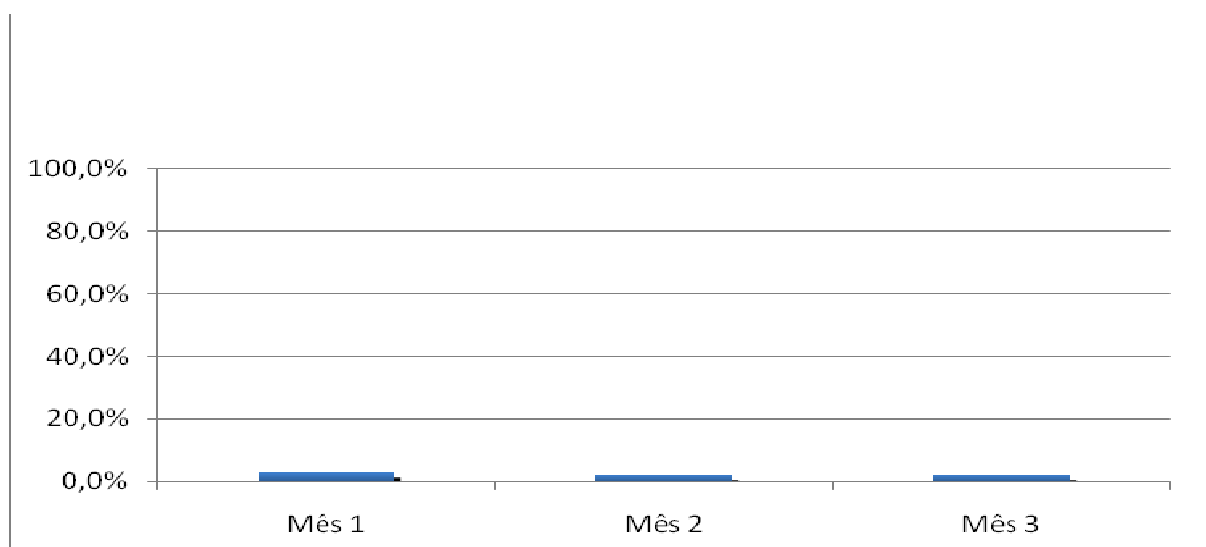


Figura 23- Evolução mensal do indicador proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS SANSCA, Pelotas, RS.

Objetivo: Qualidade

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

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

No primeiro mês não tivemos avaliação odontológica. Tivemos 1(1,5%) avaliação no segundo mês e 1(1,4%) no terceiro mês, alcançando ao final da intervenção 1,4% de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico (Figura 24).

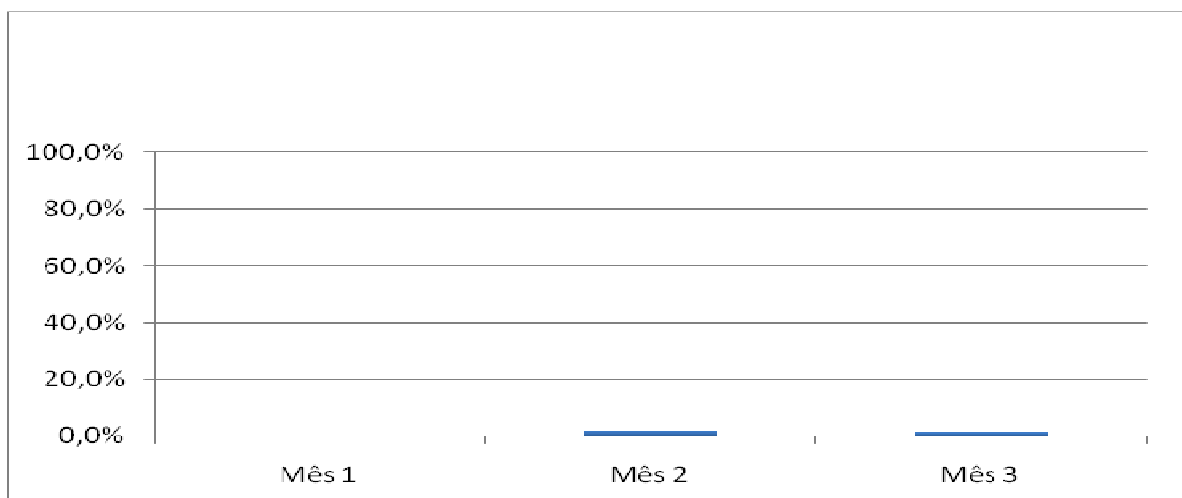


Figura 24- Evolução mensal do indicador proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS SANSCA. Pelotas, RS.

4.2 Discussão

A hipertensão arterial e diabetes constituem os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, sendo um dos grandes problemas de saúde pública. A educação em saúde, associada ao controle dos níveis de pressão e glicemia, à atividade física e à dieta alimentar, é importante instrumento para a manutenção de bons níveis glicêmicos e pressóricos na população hipertensa e diabética. O conhecimento dessas doenças e a mudança de estilo de vida estão relacionados à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença.

A intervenção tratou da melhoria na atenção à saúde do hipertenso e diabético da área adstrita da unidade. A unidade fica localizada na zona central e diariamente são atendidos usuários da área e fora de área da unidade. A UBS tem uma população de aproximadamente 7.430 pessoas na área de delimitação, este número foi obtido utilizando o cálculo de estatística em que número de pessoas é igual ao número de famílias multiplicado por 3,6. Estes dados são resultado de um levantamento do número de famílias realizado em março de 2014 pelos agentes comunitários de saúde, com minha participação e da enfermeira da unidade, resultando em 2.063 famílias. Utilizando-se a fórmula de estatística obtivemos o resultado de 7.430 famílias aproximadamente como descrito acima.

Este relatório foi apresentado ao gestor, na ocasião da realização da intervenção, como forma de solicitar recursos humanos para a introdução de mais uma equipe na unidade de saúde. Após a apresentação do relatório, eu e a enfermeira da unidade fomos convidadas para uma reunião para tratar do assunto, onde foi solicitado que nós fizéssemos uma redefinição das microáreas. A redefinição foi entregue e juntamente com o levantamento do número de famílias, irá virar um projeto para a solicitação de mais uma equipe, segundo informações dos gestores. Atualmente a UBS tem aproximadamente 4.000 pessoas cadastradas no SIAB.

Finalizamos a intervenção, com melhorias implantadas na unidade. Nas 12 semanas de sua realização não foi possível atingir todas as metas, principalmente por falta de recursos humanos. Durante a intervenção, contamos somente com uma equipe completa de Estratégia de Saúde da Família. A unidade funciona em modelo misto com atendimento à população da área da UBS e também à população fora de área por se tratar de uma unidade localizada em área central, próxima ao Pronto Socorro Municipal, de onde são encaminhados usuários para a UBS depois de realizada avaliação por classificação de risco.

De acordo com a estimativa da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL, 2011) para população de hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais no território, temos aproximadamente 608 hipertensos e 150 diabéticos na área da UBS. Contamos somente com uma equipe de estratégia de saúde da família e 6 agentes comunitários de saúde (ACS) que acompanham em torno de 200 a 450 famílias cada um.

Segundo a Portaria 2488 de 21 de outubro de 2011, o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe e cada equipe de saúde da família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, respeitando critérios de equidade para esta definição. Recomenda-se que o número de pessoas por equipe considere o grau de vulnerabilidade das famílias daquele território, sendo que quanto maior o grau de vulnerabilidade menor deverá ser a quantidade de pessoas por equipe.

O fato que mais prejudicou o alcance das metas propostas foi a falta de recursos humanos, mas considerando que o acompanhamento foi realizado de forma integral e de qualidade nos meses de estudo, observando-se um aumento gradativamente das metas propostas durante a intervenção, considera-se satisfatório os resultados obtidos.

Em relação à cobertura de hipertensos, conseguimos cadastrar 33 usuários no primeiro mês, 129 no segundo mês e 155 hipertensos ao final da intervenção. Em relação à cobertura de diabéticos, tivemos 5 usuários no primeiro mês, 66 no segundo mês e 73 diabéticos acompanhados e cadastrados no último mês na unidade, alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área adstrita de 25,5% de hipertensos e 48,7% de diabéticos.

A idade dos usuários cadastrados variou entre 21 a 87 anos, 76 usuários com idades entre 21 e 59 anos e 152 usuários com 60 anos e mais, sendo 182 do sexo feminino e 46 do sexo masculino. Como se trata de uma unidade localizada em área central, temos usuários com plano de saúde que consultam em clínicas conveniadas ao seu plano e não recebem a visita do ACS. Por outro lado, recebemos muitos usuários portadores destas doenças crônicas no período da intervenção que não fazem parte da área adstrita, portanto não puderam ser incluídos no cadastro, apesar de serem usuários que frequentam regularmente à UBS e residem muito próximo da área de delimitação.

O agendamento de consultas facilitou o acompanhamento, o cadastro de novos usuários e principalmente a busca aos faltosos que foram realizadas pelos ACS, sendo uma das ações que mais auxiliaram nesse objetivo. O agendamento de consultas foi realizado pelo agente comunitário de saúde, mediante avaliação prévia e critérios estabelecidos pela equipe e também durante a consulta de enfermagem

que era o momento onde era feito todo histórico, anamnese e exame físico, preenchida ficha espelho e, após, o usuário era encaminhado para consulta médica. O agendamento de consultas serviu como forma de acolhimento ao usuário que não apresenta risco, segundo classificação realizada pelo enfermeiro.

De acordo com o Ministério da Saúde (2013) a implantação de acolhimento da demanda espontânea provoca mudanças nos modos de organização das equipes, nas relações entre os trabalhadores e nos modos de cuidar. Acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não significa distribuir um número limitado de senhas, fazendo com que os usuários formem filas na madrugada, nem é possível encaminhar todas as pessoas ao médico se necessário. O acolhimento não deve se restringir a uma triagem para atendimento médico. E foi assim que conseguimos organizar o nosso acolhimento, para fornecer uma assistência de qualidade, escutando o usuário, lidando com suas necessidades. Muitas vezes o que eles necessitam é somente um conselho, uma palavra profissional, não significando que todos necessitem de atendimento médico.

Com o acolhimento foi possível avaliar o usuário e encaminhá-lo para o setor adequado, agendamento ou consulta médica imediata. Durante a consulta médica, eram solicitados os exames complementares e realizada estratificação de risco cardiovascular, que devido à grande demanda e poucos recursos humanos - somente um médico do programa Mais Médicos de segunda a quinta-feira e um médico de 20h somente pela manhã para atender toda população - foi necessário a procura de um programa online que fornecesse um resultado eficaz e rápido. Após esse recurso disponível conseguimos aumentar a estratificação de risco cardiovascular nas últimas semanas.

Em relação à prescrição de medicamentos da farmácia popular, conseguimos aumentar a prescrição consideravelmente no último mês, chegando a 95,5% de hipertensos. Pretende-se atingir a meta de 100% em alguns meses. Como tivemos uma troca muito grande de profissionais médicos desde o início da minha atuação, conseqüentemente houve troca no acompanhamento dos usuários que passaram por vários médicos durante este período e como muitos estavam realizando a primeira consulta com a médica atual da UBS, houve cautela na troca de medicações que estes usuários já estavam habituados e será estudada em uma

próxima oportunidade a troca destes medicamentos.

Muitos usuários estavam com os exames complementares em dias e outros não realizavam exames há bastante tempo, alguns há anos. Conseguimos um aumento significativo na solicitação de exames. Isto se deve a organização e acolhimento adotado na unidade, o que proporcionou um aumento da adesão do usuário a consultas e orientações. Pretende-se atingir a meta em alguns meses.

Em relação à meta de manter registro adequado na ficha de acompanhamento, atingimos a meta de 100% no primeiro mês para hipertensos e diabéticos, caindo um pouco esta porcentagem nos demais meses. O fato que prejudicou o registro adequado foi o aumento da demanda, o que resultou em alguns momentos na agilidade do atendimento e em consequência o esquecimento do registro. Como anteriormente não havia na rotina da unidade registros de procedimentos como aferição de pressão arterial e glicose, houve falha nesses registros.

Já durante esses procedimentos e consulta de enfermagem eram realizadas todas as orientações sobre o tratamento não medicamentoso como alimentação saudável, prática de atividade física e riscos do tabagismo. Felizmente tivemos somente 16 orientações sobre tabagismo a hipertensos nos três meses de intervenção e 8 orientações a diabéticos. Os demais usuários declararam não ser tabagistas.

Foram desenvolvidas atividades de educação em saúde durante o grupo de hipertensos e diabéticos na unidade. Conseguimos realizar três reuniões, uma a cada mês, onde eram passadas orientações sobre estilo de vida saudável, além de atividades dinâmicas, como um bingo educativo, onde puderam aprender, além de se divertirem. Não conseguimos alcançar esta meta devido ao aumento da demanda e a equipe mista que trabalha na UBS.

Segundo Cotta et al (2009), as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como diabetes e hipertensão arterial tem etiologia multifatorial e compartilham de vários fatores de riscos modificáveis, como o tabagismo, a obesidade, a dislipidemia, a inatividade física e a alimentação inadequada.

A orientação sobre saúde bucal ficou um pouco prejudicada no primeiro mês, tendo um aumento significativo ao final do terceiro mês. O fato que prejudicou foi o remanejamento de profissionais durante o período da intervenção. Tivemos alguns dias até mesmo sem o profissional dentista na unidade e somente a partir do

segundo mês conseguimos negociar com o dentista que se fixou na unidade. O atendimento com o dentista era no turno da manhã e conseguimos 3 agendamentos diários, mais 2 atendimentos de urgência. Os agendamentos ficaram sob responsabilidade dos ACS.

A auxiliar em saúde bucal (ASB) realiza as avaliações, mas trabalha na unidade somente 2 vezes na semana, o que prejudicou a avaliação quanto à necessidade de atendimento odontológico. As orientações sobre saúde bucal começaram a ser realizadas durante a consulta de enfermagem, por meio de folder educativo, para que a meta não ficasse prejudicada, devido ao remanejamento e falta de profissionais no primeiro mês.

De acordo com o Ministério da Saúde (2008), os serviços de saúde bucal devem ser organizados de forma a acolher a demanda espontânea e os casos de urgência, e dar respostas às necessidades sentidas da população, sendo um importante caminho para resolutividade da atenção, o que contribui para a legitimidade da equipe na comunidade em que está inserida. Deve-se priorizar o tratamento odontológico do diabético, pois as infecções agudas e condições inflamatórias podem aumentar a taxa de glicose.

Ao final dos três meses de intervenção, constatou-se uma melhora na atenção à saúde da população hipertensa e diabética, principalmente no acolhimento, que foi o instrumento norteador e organizador das demais ações e objetivos propostos. A equipe de ESF se engajou para que as metas fossem cumpridas, mesmo que parcialmente. Espera-se que a equipe contribua para a continuidade das mudanças e mais melhorias em prol da saúde desta população e apesar de não ter alcançado bons resultados relacionados à planilha de coleta de dados, que foi o instrumento utilizado para monitorar as ações e que contém erros, de uma maneira geral a saúde do portador de hipertensão e diabetes foi contemplada com as ações. Ao finalizar este trabalho, considera-se importante, caso fosse realizar novamente a intervenção, uma prévia capacitação da equipe de saúde principalmente sobre a utilização de materiais escritos como as planilhas impressas para manter dados fidedignos.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Senhor(a) Gestor(a) Municipal, durante 3 meses foi realizada na UBS Sansca uma intervenção com todos usuários portadores de hipertensão arterial e diabetes pertencentes à área da unidade. Esta intervenção faz parte de um trabalho de conclusão de curso em Especialização em Saúde da Família da UFPel e tem como objetivo a melhoria da assistência prestada ao usuário portador de hipertensão e diabetes. Ao longo desta intervenção foram implantadas algumas mudanças para o alcance das metas e objetivos como:

1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde do usuário hipertenso e diabético;
2. Melhorar a adesão ao atendimento ao hipertenso e diabético;
3. Garantir o registro adequado no prontuário do usuário;
4. Melhorar a qualidade da atenção à saúde do hipertenso e diabético;
5. Promover a saúde do usuário hipertenso e diabético por meio de educação em saúde para a população.

Obtivemos bons resultados ao final da intervenção comparando a assistência antes e depois da intervenção. A equipe se mostrou participativa, propondo inclusive ideias para que essas melhorias ocorressem. A população foi acolhida na unidade de forma integral, isso gerou muita satisfação aos usuários da área da unidade e os fora de área que também acolhemos diariamente. Por se tratar de uma UBS localizada em área central, recebemos usuários de vários bairros da cidade. Inclusive onde existe Unidade Básica de Saúde, o usuário acaba nos procurando devido ao acolhimento e bom atendimento. Ao final da intervenção conseguimos uma adesão de 25,5 % usuários hipertensos correspondendo a 155 usuários de um total de 608 existentes na unidade e 48,7% diabéticos correspondendo a 73 usuários de uma estimativa de 150 existentes na área da unidade (Estimativa no território segundo VIGITEL, 2011).

A estimativa é que esta adesão aumente nos próximos meses. Nosso maior desafio foi trabalhar com recursos humanos escassos para uma população de grande vulnerabilidade social e crescente aumento. Ao me deparar com esta situação foi realizado um levantamento do número de famílias da área adstrita e encaminhado um relatório à secretaria de saúde que posteriormente fará um projeto para solicitar mais equipes para a unidade. Acredito que assim conseguiremos melhorar ainda mais a assistência a toda população e para que isso seja possível se

faz necessário o apoio dos gestores para que estas ações tenham continuidade e se incorporem à rotina da unidade. As ações realizadas, foram de grande importância para a população, uma vez que a prevenção constitui uma forma de se evitar as doenças e, quando estas já estão instaladas é necessário investir na prevenção das complicações, o que geraria menos gastos com a saúde, reduzindo o número de hospitalizações e consequentemente os óbitos causados por estas doenças.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

Senhores usuários da UBS Sansca, durante três meses foram implantadas melhorias na unidade, com a intenção de melhorar a assistência ao usuário portador de Hipertensão arterial e Diabetes. Durante estes três meses tivemos o cuidado de não prejudicar o atendimento aos demais usuários. Uma das formas de melhorar o atendimento e fornecer uma assistência integral e holística foi o acolhimento e agendamento.

O acolhimento foi realizado pela enfermeira e auxiliar de enfermagem, que consiste em receber o usuário antes da consulta médica agendada, onde são realizados procedimentos como aferição de pressão arterial, teste de glicose e demais procedimentos necessários ao atendimento, também como orientações sobre a saúde. O agendamento serviu para diminuir as filas e dar prioridade ao atendimento de quem necessita. O acolhimento também é realizado aos usuários da demanda imediata e espontânea, para detectar alterações e encaminhá-los a consulta médica se necessário. Com este procedimento descobrimos alguns portadores de hipertensão, o que torna necessário e vantajoso na saúde, pelo fato da precocidade da descoberta, evitando assim possíveis complicações.

Entre as metas e objetivos destas melhorias estão:

1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde do usuário hipertenso e diabético;
2. Melhorar a adesão ao atendimento ao hipertenso e diabético;
3. Garantir o registro adequado no prontuário do usuário;
4. Melhorar a qualidade da atenção à saúde do hipertenso e diabético;
5. Promover a saúde do usuário hipertenso e diabético por meio de educação em saúde para a população.

Ao final destes três meses de intervenção para implantar estas melhorias, não conseguimos alcançar 100% como previsto, mas estamos nos adequando para

alcançá-los, pretendendo-se alcançar as metas previstas nos próximos meses. Pretende-se ampliar a cobertura à atenção à saúde do hipertenso e diabético, favorecendo assim o acompanhamento, para melhorar a saúde da população. A hipertensão arterial e o diabetes não controlados podem levar a problemas no coração, vasos, nervos e olhos e prevenindo as complicações decorrentes destas doenças e com o tratamento adequado estes problemas podem ser evitados.

Buscamos contar com o apoio da comunidade, da equipe de saúde e dos gestores para dar continuidade ao que já foi implantado, favorecendo assim a saúde e a qualidade de vida da população.

5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Meu trabalho durante o desenvolvimento do curso em especialização em saúde da família proporcionou um aprendizado relevante na atenção à saúde do hipertenso e diabético que foi o foco principal de minhas atividades. Falo assim porque foram desenvolvidos também estudos em todos os outros programas que envolvem a saúde da família, proporcionando um aprendizado integral.

Minha expectativa inicial era diferente do que foi abordado no curso. Acreditei que sendo um curso a distância, não fosse exigido tanto do especializando, mas durante seu percurso pude comprovar que se trata de um curso completo e com boa disponibilidade de materiais didáticos para estudo. Como há pouco tempo havia feito meu trabalho de conclusão de curso que é uma monografia, achei que seria fácil concluir meu TCC da especialização, mas tive dificuldades em alguns aspectos e isto também serviu como aprendizado.

Depois da graduação tive interesse em me matricular na especialização após um link enviado por uma professora, mas acabei perdendo o dia da inscrição e agora tive a oportunidade através do Programa de Valorização do Profissional na Atenção Básica (PROVAB) de cursar a especialização. Sinto-me privilegiada por duas vezes e com meu trabalho realmente valorizado através do PROVAB e da especialização em saúde da família da UFPel, universidade na qual me formei e tenho imenso carinho, por ter me proporcionado essa oportunidade de enriquecer meu currículo e conseqüentemente minha vida profissional.

Também posso afirmar em relação ao curso, que este aumentou minha segurança como profissional, proporcionando um maior aprendizado em diversos temas referentes à atenção primária, motivação para aprender mais, buscar novos desafios, planejamento e organização do serviço, maior capacidade de negociação com gestores e chefia, ou seja, assumir postura diante de situações que exigem solução rápida. Formar vínculo com a comunidade aumentou a experiência em diversos aspectos da vivência cotidiana de uma unidade de saúde, enfim, foi um fato motivador para mudanças não somente na saúde do hipertenso e diabético, que de

fato é muito importante, pois há uma grande população portadora destas doenças em todas faixas etárias, mas também na saúde da criança, saúde do idoso, adolescente, saúde do homem, entre outros, de acordo com as necessidades e demanda da UBS.

6 Bibliografia

Barros et al. **Anamnese e Exame Físico: Avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política nacional de promoção da saúde** / Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes, 2001. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf > . Acesso em: 01 de julho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigitel Brasil 2011. Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por inquérito telefônico.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 37, 2013. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica. Disponível em < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_37.pdf > . Acesso em: 01 de julho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 36, 2013, **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus**. Disponível em < http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_36.pdf > . Acesso em: 01 de julho de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica nº 20 Volume I, 2013. Acolhimento à demanda espontânea. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf > . Acesso em: 25 de dezembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011. Disponível em < http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html > Acesso em: 30 de dezembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 17, Saúde Bucal, 2008. Disponível em < http://www.prosaude.org.br/legislacao_2013/Manuais/saude_bucal.pdf > Acesso em 28 de dezembro de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes mellitus /Manual de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus.

Disponível em < <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/miolo2002.pdf>> . Acesso em: 28 de novembro de 2014.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN) [homepage na Internet]. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Disponível em: < <http://site.portalcofen.gov.br/node/4158>>. Acesso em: 30 de dezembro de 2014.

Cotta, R.M.M; Reis, R.; Batista, K.C.S; Dias, G.; Alfenas, R.C.G; F.A.F, Castro. **Hábitos e práticas alimentares de hipertensos e diabéticos: repensando o cuidado a partir da atenção primária.** Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-52732009000600004&script=sci_arttext>. Acesso em: 28 de dezembro de 2014.

Luiz, F.F; Mello, S.M.M.; Neves, E.T.; Ribeiro, A.C; Tronco, C.S. A sistematização da assistência de enfermagem na perspectiva da equipe de um hospital de ensino. **Revista Eletrônica de Enfermagem. 2010 out/dez;**12(4):655-9. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n4/v12n4a09.htm> Acesso em: 30 de dezembro de 2014.

Machi-Alves et al. A importância da avaliação antropométrica pelo enfermeiro. **Esc. Anna Nery / vol.15 nº. 2** Rio de Janeiro Abril/Junho 2011.

Silva, T.R. et al. Controle de diabetes Mellitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e terapêutica em seguimento ambulatorial de uma Unidade Básica de Saúde. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902006000300015>. Acesso em: 25 de dezembro de 2014.

Sociedade Brasileira de Hipertensão. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial.** Disponível em < <http://www.sbh.org.br/medica/diretrizes.asp#>>. Acesso em: 02 de julho de 2014.

Siqueira et al. Barreiras arquitetônicas a idosos e portadores de deficiência física: um estudo epidemiológico da estrutura física das unidades básicas de saúde em sete estados do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva vol.14 no.1** Rio de Janeiro Jan./Fev. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100009> Acesso em 20 de novembro de 2014.

Anexos

Anexo B- Roteiro para exame físico

ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS E EXAME FÍSICO

1. IDENTIFICAÇÃO

Nome:

Idade

Leito

Profissão:

Estado civil:

Diagnóstico médico:

2. INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA

Doenças crônicas:

Fatores de risco:

tabagismo, etilismo, obesidade, perfil sanguíneo alterado, câncer, uso de medicamentos antineoplásicas ou imunossupressoras, radioterapia, outras _____

Medicamentos em uso:

Antecedentes familiares:

3. HÁBITOS:

- Atividade física no trabalho: em pé, sentado, aposentado, _____.

- Sono e repouso: sem insônia, dificuldade para dormir, acorda várias vezes, sonolência, dorme durante o dia. Dorme _____ horas p/noite.

- Exercícios físicos: aeróbicos, musculação, natação, não faz. Faz exercícios _____ vezes por semana.

- Recreação e lazer: viagem, cinema, TV, leitura, jogos esportivos,

- Costuma comer com frequência: frutas, verduras: cruas, cozidas; carne: vermelha, frango, peixe; suco, água _____ lt/dia; chá, leite _____ ml/dia. Costuma fazer _____ refeições /dia.

- Eliminações urinárias: normal, menos qu cinco vezes /dia, polaciúria, disúria, nictúria, urgência miccional, incontinência urinária, diminuição jato urinário.

- Eliminações intestinais: normal, obstipação, diarreia, mudança de hábito intestinal, frequência _____

4. EXAME FÍSICO

- Estado nutricional: normal, obeso, desnutrido, relato de perda

ponderal_____

- Movimentação: deambula, acamado, sem movimentação, semi-acamado, deambula com ajuda, movimenta-se sem ajuda.

- Pele/tecidos: sem alteração, anasarca, cianose, icterícia, descorado, reações alérgicas, lesões de pele, escaras _____

- Olhos: visão normal, diminuição acuidade visual, presença de processos inflamatórios/infecciosos, uso de lentes de contato ou óculos, exoftalmia, edema palpebral, ptose palpebral, pupilas fotorreagentes, isocóricas, miose, midríase, anisocoria _____

- Ouvidos: audição normal, acuidade diminuída, zumbido, processos inflamatórios/infecciosos, uso prótese auditiva.

- Boca: sem anormalidades, cáries, falhas dentárias, gengivite, prótese; mucosas: coradas, descoradas, outras lesões_____, halitose _____

- Membros superiores: sensibilidade e força motora preservada, pulsos periféricos palpáveis, paresia ____, plegia ____, edema, amputação, gesso, tala gessada, dispositivo venoso, lesões _____

- Membros inferiores: sensibilidade e força motora preservada, pulsos periféricos palpáveis, paresia ____, plegia ____, edema, amputações, gesso, tala gessada, dispositivo venoso, lesões_____,

- Exames laboratoriais, diagnósticos por imagem e outros:

5. PSICOSSOCIAL

- Suporte financeiro: possui recursos para tratamento médico, possui convênio/seguro saúde, conta com ajuda de familiares, utiliza exclusivamente SUS.

- Conhecimento sobre seu problema de saúde: orientado, pouco orientado, prefere não falar do assunto, prefere que os familiares sejam orientados;

- Condições que o usuário apresenta para o autocuidado: independente, precisa de ajuda para poucas atividades, precisa de ajuda para muitas atividades, totalmente dependente

- Mudanças percebidas no humor ou sentimentos após ter conhecimento de seu problema de saúde: otimista com o tratamento, refere estar desanimado, não aceita o problema, nega o problema

Anexo C- Planilha de coleta de dados

Digite apenas nas células em **VERDE**.

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	1217	→	Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	300	→	Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	OBSERVAÇÕES
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção				
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada				Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

*Estimativa no território

População total	8000	→	Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população total)	5360		
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	1217	→	Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	300	→	Este seria o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

Anexo D- Carta do Comitê de Ética em Pesquisa de aprovação do projeto

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 Gastal 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

Apêndices

Apêndice A- Termo de consentimento livre e esclarecido

Universidade Federal de Pelotas – UFPel
Departamento de Medicina Social – DMS
Especialização em Saúde da Família – EaD
<http://www.unasus-ufpel.net>

UNIDADE DE SAÚDE SANSCA - Pelotas/RS

Setor de saúde da família
Programa de Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos

Senhores usuários :

A Equipe de Saúde da Família Unidade de Saúde SANSCA – Pelotas/RS realizará o Programa, com os usuários cadastrados na Unidade de saúde SANSCA. Serão realizadas na unidade atividades em grupo, Orientações sobre os perigos e riscos da hipertensão arterial e diabetes, Orientações sobre dieta adequada e prática de atividade física, Avaliação inicial para determinação do risco de desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Os usuários que apresentarem necessidade de tratamento médico, nutricional e odontológico serão agendados para atendimento na Unidade de Saúde.

O Objetivo do programa é que todos os usuários cadastrados mantenham bons níveis pressóricos e glicêmicos, prevenindo assim o risco de doenças e agravos associados à hipertensão e diabetes. Para a participação do usuário ao programa, o usuário ou responsável devem assinar essa autorização e consentir que os dados clínicos acerca dos procedimentos realizados, bem como imagens e resultados de exames de diagnóstico e do tratamento efetivado sejam utilizados academicamente em publicações e atividades científicas voltadas a área da saúde, desde que preservada a identidade ou qualquer outro dado que possa de alguma forma, causar dano físico ou psicológico ou algum tipo de constrangimento ao usuário.

Estou ciente também da liberdade que tenho para, a qualquer momento e por qualquer motivo que eu julgar relevante, poder retirar este consentimento, sem nenhum prejuízo na continuidade do tratamento.

Declaro que após ter sido esclarecido, consinto a minha participação no programa Melhoria da atenção à saúde dos Diabéticos e Hipertensos e permito que os dados clínicos acerca dos procedimentos realizados, bem como imagens e resultados de exames de diagnóstico e do tratamento efetivado sejam utilizados academicamente.

Eu, _____
aceito participar do Programa Melhoria da atenção à saúde dos Diabéticos e Hipertensos.

Pelotas, ___/___/___

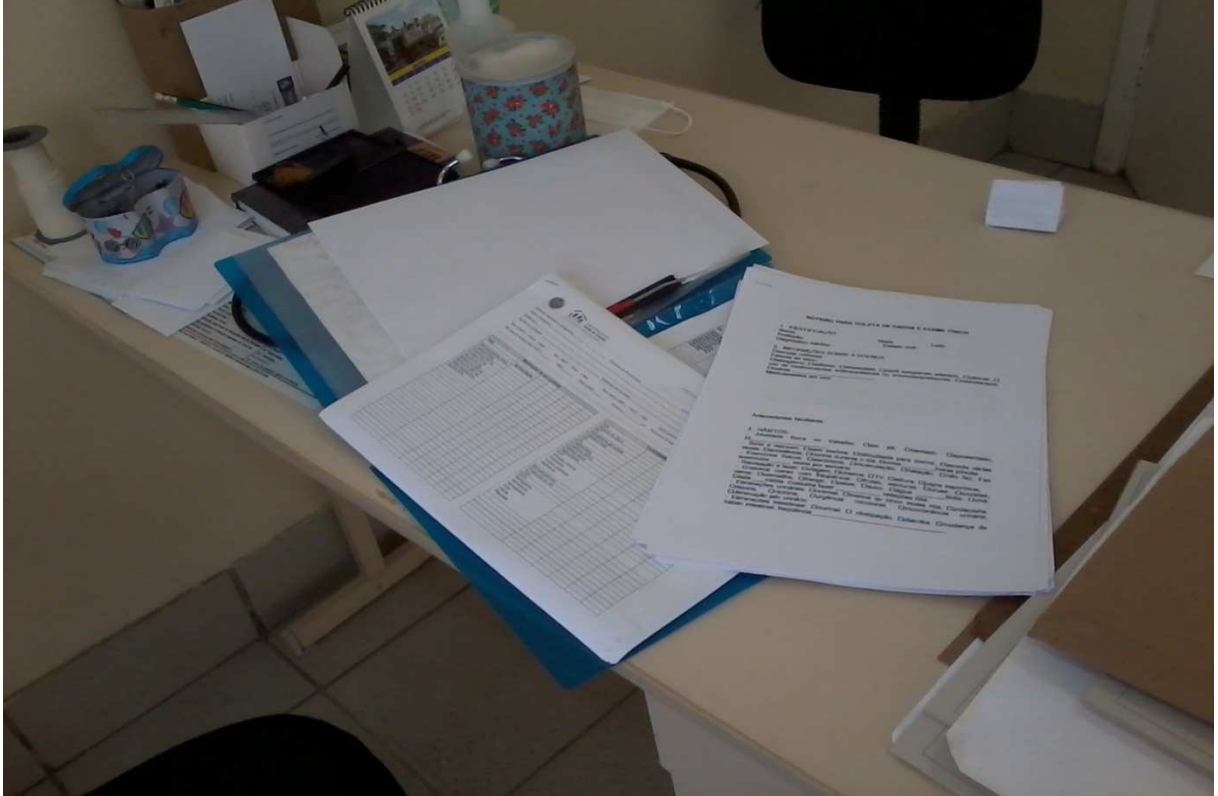
Wâneza Dias Borges Hirsch / orientadora, UFPel.

Eliane da Motta Cardoso

Arita Gilda Hübner Bergmann / Gestora Municipal de Saúde

Apêndice B – Fotos da intervenção

Início da intervenção, apresentação e organização das planilhas, ficha espelho e roteiro para exame físico.



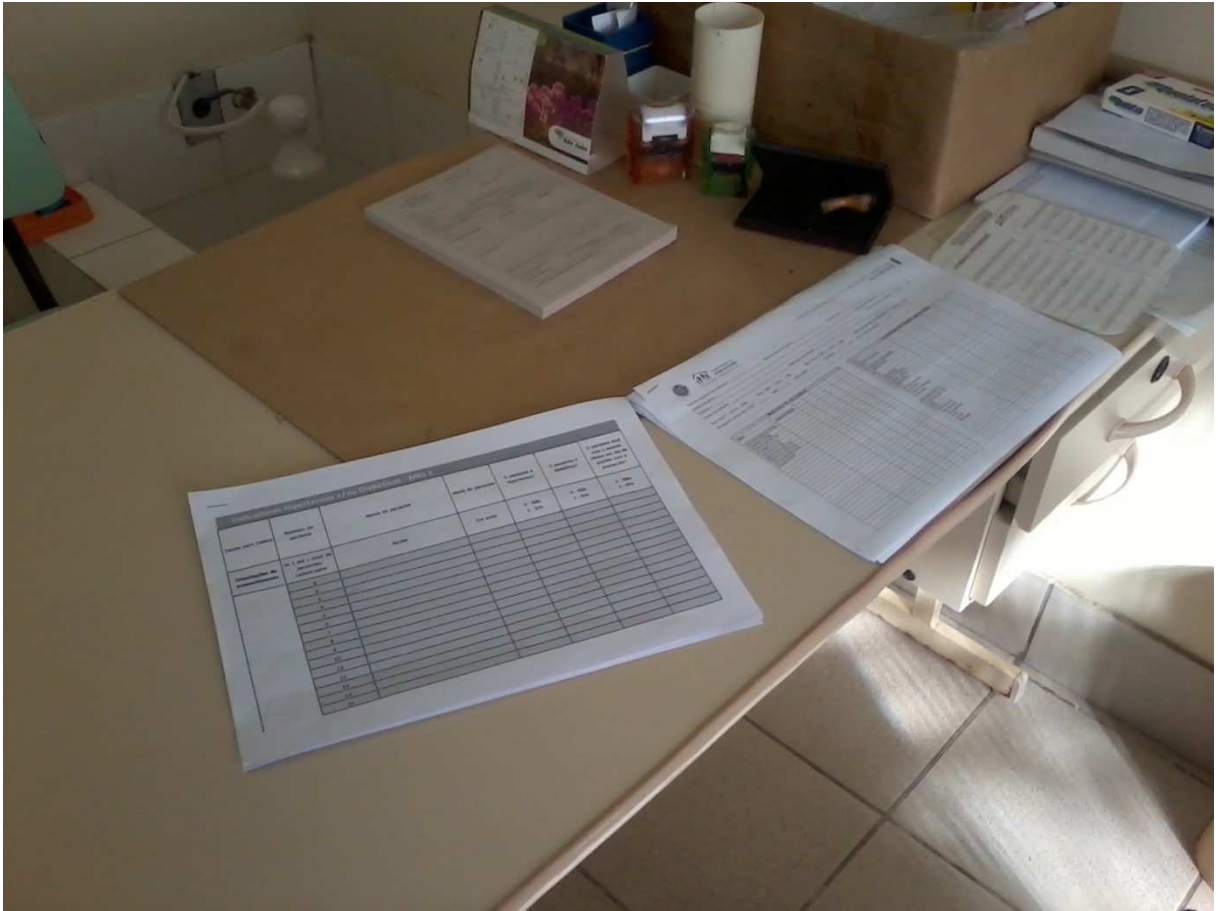
ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS E EXAME FÍSICO

1 IDENTIFICAÇÃO
 Nome: _____ Idade: _____ Leito: _____
 Profissão: _____ Estado civil: _____
 Diagnóstico médico: _____

2 INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA
 Doenças crônicas: _____
 Fatores de risco:
 Tabagismo, Diabetes, Obesidade, perfil sanguíneo alterado, câncer, uso de medicamentos antineoplásicos ou imunossupressores, radioterapia
 Outras: _____
 Medicamentos em uso: _____

Antecedentes familiares: _____

3 HÁBITOS:
 - Atividade física no trabalho: em pé, sentado, aposentado
 Sono e repouso: sem insônia, dificuldade para dormir, acorda várias vezes, sonolência, dorme durante o dia. Dorme _____ horas p/noite.
 - Exercícios físicos: aeróbicos, musculação, natação, não faz. _____ vezes por semana.
 - Recreação e lazer: viagem, cinema, TV, leitura, jogos esportivos
 - Costuma comer com frequência: frutas, verduras cruas, cozidas
 carne: vermelha, frango, peixe; suco, água _____ l/dia; leite _____ ml/dia. Costuma fazer _____ refeições /dia.
 - Eliminações urinárias: normal, menos de cinco vezes /dia, polaciúria, nictúria, urgência miccional, incontinência urinária
 diminuição jato urinário.
 - Eliminações intestinais: normal, obstipação, diarreia, mudança de hábito intestinal, frequência _____



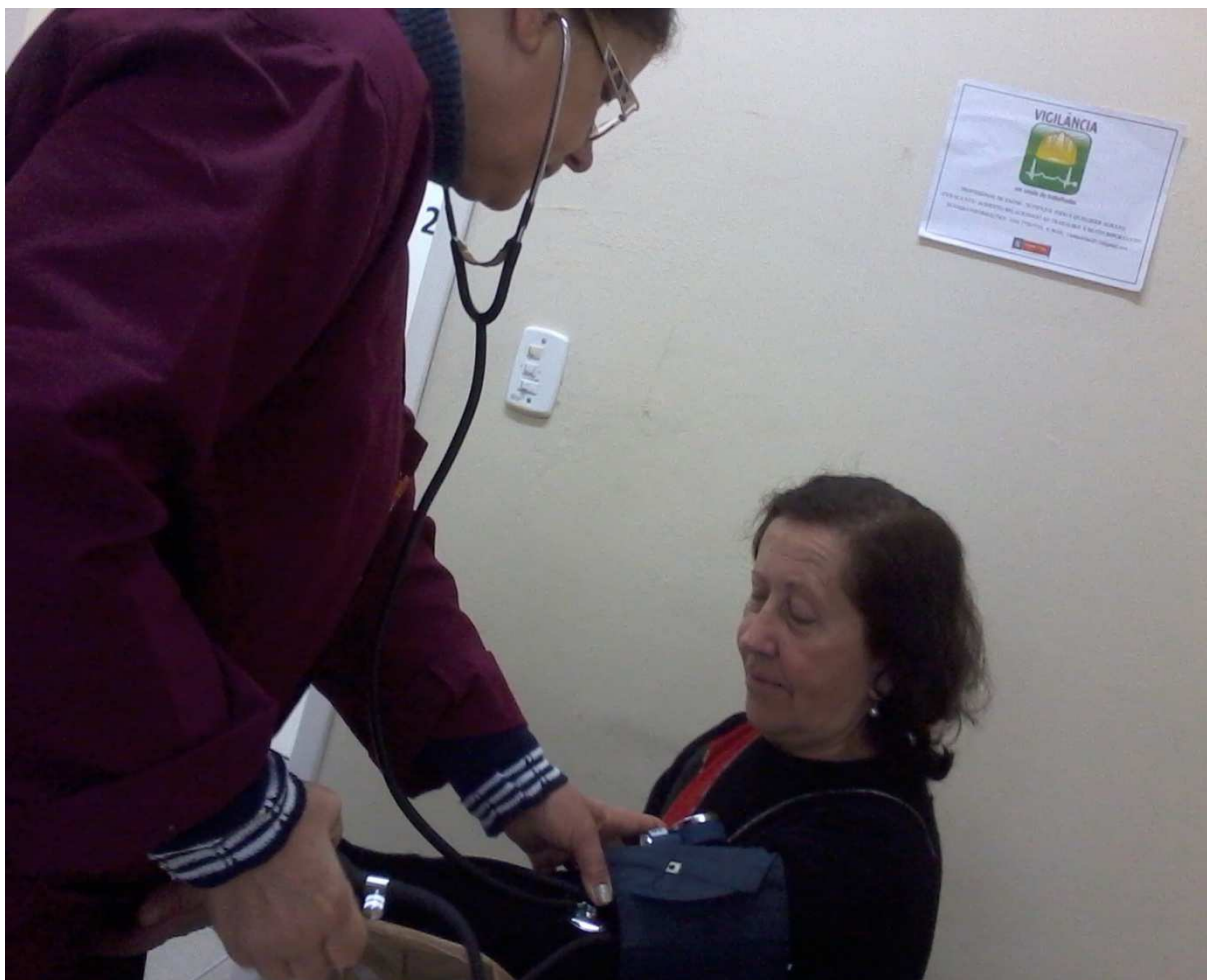
Planilha de coleta de dados utilizada para controle das ações

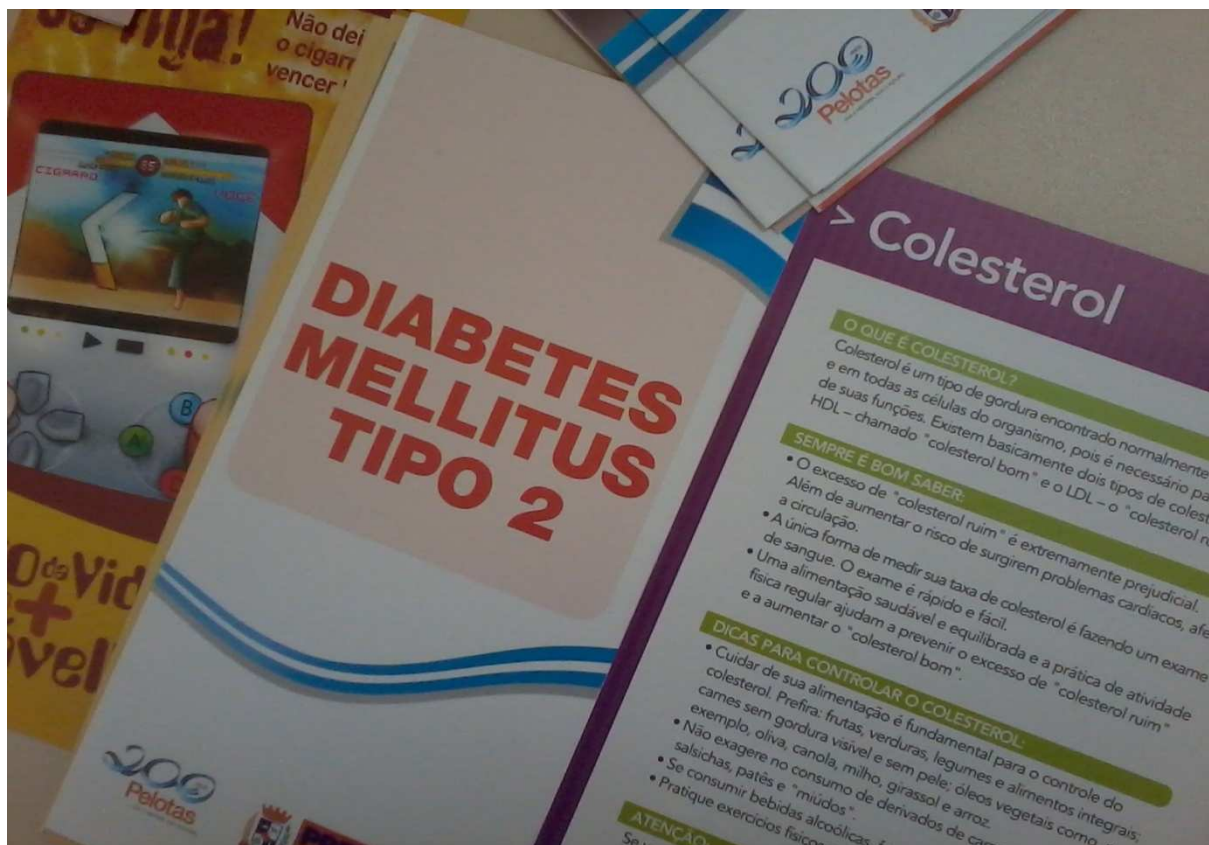
Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1						
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					
	9					
	10					
	11					
	12					
	13					
	14					
	15					

Acolhimento



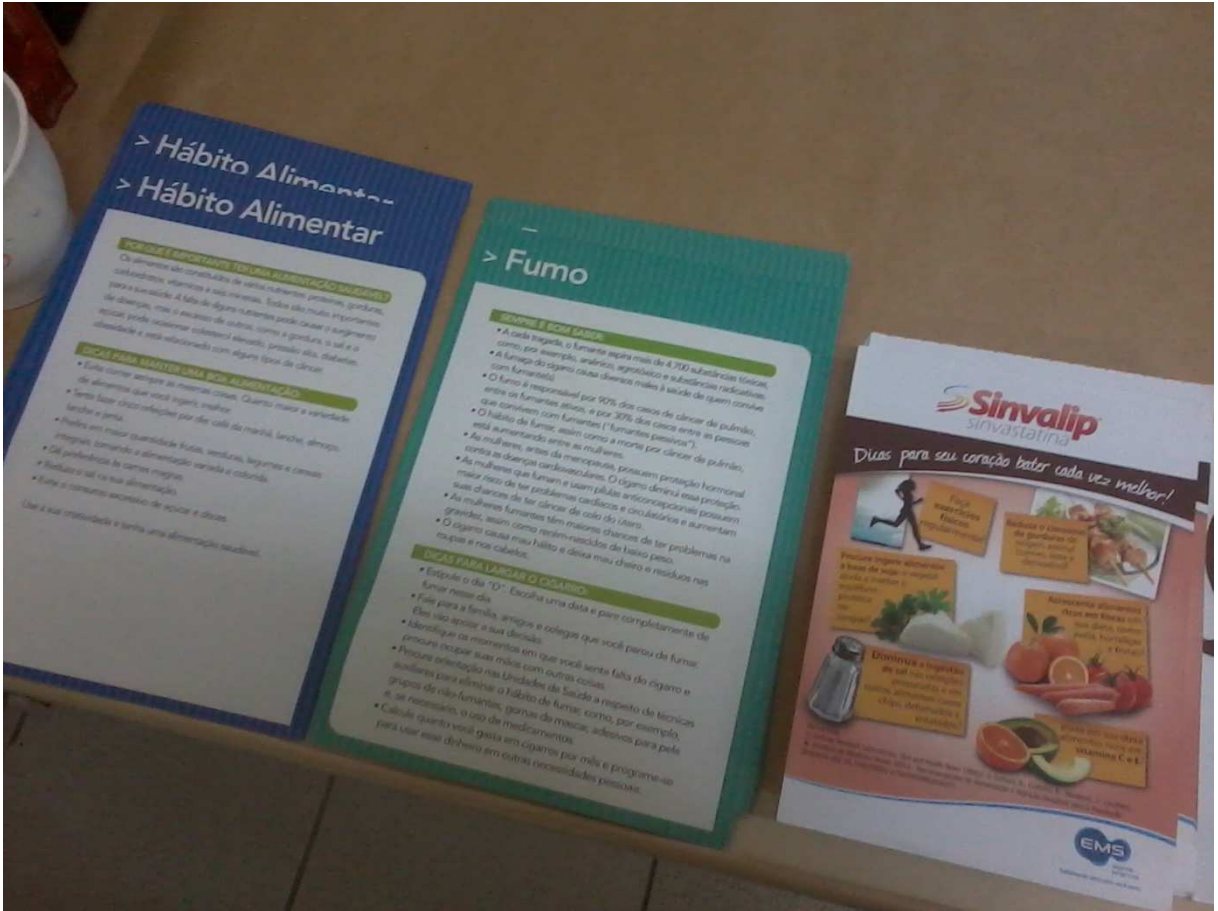
Acolhimento ao usuário pela auxiliar de enfermagem, sob supervisão da enfermeira





Organização do material na mesa de atendimento para chamar a atenção do usuário





Auxiliar de enfermagem manuseando a ficha espelho



Grupo de Hipertensos e Diabéticos



Reunião de equipe

