

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**

**Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS DA
UBS/ESF MARIANI, CAXIAS DO SUL/RS**

Henry Rafael Cabrera Tejada

Pelotas, 2015

Henry Rafael Cabrera Tejada

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS USUÁRIOS PORTADORES DE
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS DA
UBS/ESF MARIANI, CAXIAS DO SUL/RS**

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

Orientador: Glebson Moura Silva

Pelotas, 2015

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

T266m Tejada, Henry Rafael Cabrera

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS/ESF Mariani, Caxias do Sul/RS / Henry Rafael Cabrera Tejada; Glebson Moura Silva, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

124 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Silva, Glebson Moura, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho ao Deus todo poderoso, que nunca me abandonou nos momentos difíceis, dando-me força e aumentando minha espiritualidade quando eu mais precisava. A minha família, que mesmo à distância, sempre manteve sua compreensão e apoio nesta longa caminhada. Aos meus colegas, Gestores Municipais de Saúde, que sempre estiveram no momento e lugar oportuno para me dar o apoio necessário, e, muito especialmente à comunidade Mariani pela compreensão e apoio durante as intervenções, contribuindo com tudo o que puderam para melhoria de sua realidade.

Agradecimentos

O Deus, em primeiro lugar, por ter sido meu guia espiritual, durante todo este processo, por dar-me a força necessária para resistir nos momentos de dificuldades, que se apresentaram ao longo deste caminhar.

Aos meus companheiros e camaradas, médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, estagiários e demais colegas que embarcaram junto comigo para garantir uma exitosa intervenção, sem solicitar em troca nada mais que meus agradecimentos.

A Juliana, minha incondicional ajudante no idioma português, pelas grandes jornadas de preenchimentos de fichas, revisão da ortografia, pois pelo fato de não falar português tinha-a como grande inimiga, assim dedicou junto a minha pessoa parte de seu precioso tempo sem solicitar pelo menos uma palavra de agradecimento.

A minha companheira Liset, meus filhos Eylin Daiana, Henry e Maria Alexandra e a minha enteada Skalys, meus pais Isidro e Antonia e meus irmãos que sofreram os reverses da distância, mas sempre me apoiando neste projeto, muitas vezes sem compreender, mas sem questionar a minha ausência do seio familiar.

Finalmente, a meu orientador Glebson Moura Silva pela paciência e compreensão nos meus grandes momentos de dificuldade que levaram muitas vezes a ter que acelerar o processo de trabalho.

A todos, meu Muito Obrigado!

Resumo

TEJADA, Henry Rafael Cabrera. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da UBS/ESF Mariani, Caxias do Sul/RS**. 2015. 122f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A atenção aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis é um dos pilares da atenção básica preconizada pelo Ministério da Saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) são as duas doenças crônicas com maior prevalência e incidência no país, cujo controle é essencial para diminuição dos danos e complicações que estas produzem. Na comunidade Mariani a atenção ao hipertenso e ao diabético representa 18% das consultas diárias, seja para controle e seguimento ou para tratar complicações. Este trabalho trata-se de um estudo de intervenção, o qual teve como objetivo melhorar a atenção a saúde dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da UBS, entre agosto e dezembro de 2014, com uso dos protocolos do Ministério da Saúde a este grupo prioritário, assim como ficha-espelho, planilha de ação e monitoramento disponibilizada pela Universidade Federal de Pelotas. Especificamente, buscou-se ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde garantindo, através de ações de prevenção e intervenções curativas, a diminuição das complicações secundárias das mesmas; melhorar a qualidade da atenção através de mudanças na realização dos exames clínicos de acordo com os parâmetros de atenção do programa, assim como garantir a realização de exames laboratoriais, tratamento e atenção odontológica, trazendo melhorias na adesão dos usuários. Durante a intervenção se conseguiu aumentar consideravelmente a cobertura e se garantiu atenção de qualidade, com todos os parâmetros de atendimento cumpridos segundo o preconizado pelo ministério de saúde. Os usuários priorizados formaram um universo de 3082 hipertensos e 938 diabéticos, que possuíam apenas 15% (462) de cobertura para hipertensos e 15% (141) para diabéticos. Este trabalho permitiu o desenvolvimento de cadastramento, busca ativa de faltosos, visitas domiciliares, atendimento clínico e odontológico e avaliação dos riscos cardiovasculares. Devido ao trabalho da equipe e comunidade foi possível se aproximar da meta de cobertura proposta (60%) com alcance de 42,7% (1624) para hipertensos e 51,1% (479) para diabéticos em 16 semanas de intervenção, com melhorias nos registros, atualização dos prontuários, adesão aos tratamentos, ampliação da cobertura, avaliação clínica, ações de promoção e agendamento das consultas de clínica geral. Portanto, com os resultados obtidos, as ações desenvolvidas na UBS ficaram incorporadas na rotina do serviço com melhorias significativas no trabalho da equipe e na área adscrita.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da Proporção de Cobertura do programa de Atenção ao Hipertenso, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	79
Figura 2	Gráfico indicativo da Proporção de Cobertura do programa de Atenção ao Diabético, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	80
Figura 3	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com exame clínico em dia, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	81
Figura 4	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com exame clínico em dia, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	83
Figura 5	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	84
Figura 6	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com exames complementares em dia, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	85
Figura 7	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com prescrição de medicamentos de Farmácia Popular-HIPERDIA priorizada, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	86
Figura 8	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com prescrição de medicamentos de Farmácia Popular-HIPERDIA priorizada, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	87
Figura 9	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento Odontológico, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	88
Figura 10	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento Odontológico, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	89

Figura 11	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos faltosos as consultas com busca ativa, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	90
Figura 12	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos faltosos as consultas com busca ativa, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	91
Figura 13	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	92
Figura 14	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	93
Figura 15	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	94
Figura 16	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	95
Figura 17	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação Saudável, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	96
Figura 18	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação Saudável, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	97
Figura 19	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com orientação sobre pratica de atividade Física, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	98
Figura 20	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com orientação sobre pratica de atividade Física, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	99
Figura 21	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com orientação sobre riscos do tabagismo UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	100

Figura 22	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com orientação sobre riscos do tabagismo, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	101
Figura 23	Gráfico indicativo da Proporção de Hipertensos com orientação sobre Higiene Bucal, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	102
Figura 24	Gráfico indicativo da Proporção de Diabéticos com orientação sobre Higiene Bucal, UBS Mariani, Caxias do Sul, RS, 2014	102

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Ensino à Distância
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SACA	Serviço de Avaliação, Controle e Auditoria
SAD	Serviço de Assistência Domiciliar
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCOLO	Sistema de Informação do Câncer de Colo de Utero
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
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

Sumário

Apresentação	11
1 Análise Situacional	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	39
2 Análise Estratégica	41
2.1 Justificativa.....	41
2.2 Objetivos e metas.....	42
2.2.1 Objetivo geral	42
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	42
2.3 Metodologia.....	44
2.3.1 Detalhamento das ações.....	44
2.3.2 Indicadores.....	58
2.3.3 Logística.....	64
2.3.4 Cronograma	69
3 Relatório da Intervenção.....	70
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	70
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	73
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	74
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	75
4 Avaliação da intervenção.....	77
4.1 Resultados	78
4.2 Discussão.....	103
5 Relatório da intervenção para gestores	109
6. Relatório da Intervenção para a comunidade.....	113
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	115
Referências	117
Anexos	119

Apresentação

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS- UNASUS / Universidade Federal de Pelotas – UFPEL (EAD UFPEL) é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso. Realizada na Unidade de Saúde da Família (USF) Mariani, localizada no município de Caxias do Sul, Estado Rio Grande do Sul, que visou qualificar o programa de atenção ao Hipertenso e/ou Diabético. Dessa forma, o presente trabalho está estruturado em seis seções:

A primeira é a Análise Situacional, que inclui o diagnóstico da Unidade de Saúde, de acordo com estrutura, processo e resultado.

A segunda é a Análise Estratégica que abarca o planejamento da intervenção, com foco na organização e gestão do serviço, engajamento público, monitoramento e avaliação, e a qualificação da prática clínica com objetivos, metas e indicadores claramente definidos na confecção do projeto.

A terceira seção é o Relatório da Intervenção onde se expõe todas as atividades realizadas referentes ao foco da intervenção, as dificuldades encontradas e as mudanças que foram realizadas na prática em relação ao projeto.

A quarta é a Avaliação dos Resultados da Intervenção que inclui os Resultados e Discussão.

Na quinta e sexta seções é apresentado o Relatório da intervenção para os Gestores e à Comunidade com objetivo de continuar fomentando a participação, vínculo e empoderamento dos sujeitos.

E por fim, a sétima seção com a Reflexão Crítica sobre o Processo Pessoal de Aprendizagem, seguida das Referências Bibliográficas onde se apoiou a fundamentação deste trabalho, assim como os Anexos e Apêndices utilizados durante a intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Mariani, Caxias do Sul/RS, tem atualmente a estratégia de saúde da família implantada nos princípios da atenção primária à saúde, onde as ações de prevenção e promoção da saúde, representam o trabalho fundamental da equipe.

A UBS tem uma população de mais de vinte mil moradores e é uma das maiores do município Caxias do sul. Sua população está dividida em três áreas, duas das quais já tem equipe de saúde em funcionamento, para levar a cabo a ESF, a outra área ainda espera pela formação da equipe de saúde. Sua estrutura apesar de ter áreas adequadas, tornou-se muito pequena para o número de usuários que ali assistem em busca dos serviços ofertados, onde a gestão já trabalha num projeto de ampliação.

Esta UBS tem atualmente quatro médicos gerais, dois odontólogos, um gineco-obstetra e dois nutricionistas, além de uma equipe de enfermeiras e técnicos em enfermagem que distribuem o trabalho, de maneira que a instituição oferte um serviço de qualidade a população atendida.

A atenção é organizada da seguinte maneira: atenção individualizada a usuários doentes crônicos e a doenças agudas, atenção aos principais programas (pré-natal, crianças, idosos, etc.), trabalho de grupos (Adultos, idosos, adolescentes, tabagistas, etc.), visitas domiciliares aos casos previamente analisados na reunião semanal e atenção as instituições como são: escolas, centros de atenção a crianças etc. A atenção ocorre no horário de 7:30 até 18:30. Apesar de só ter duas equipes de saúde, todos os médicos e os outros membros que ainda não tem equipe, participam do trabalho planejado, ainda enquanto esperamos pela implantação de nossa terceira equipe, a qual já está sendo formada.

Toda esta situação de falta da equipe três faz com que ainda fique cerca de 30% da população da nossa área de abrangência sem a cobertura, dessa forma fica uma grande quantidade de doentes crônicos ainda sem ser registrados no cadastro dos usuários e por enquanto sem uma atenção adequada. Se espera uma rápida solução, sobretudo com a parte correspondente a novos contratos de pessoal a qual, segundo a secretaria de saúde, já está muito bem encaminhada.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Caxias do Sul pertencente ao Estado Rio Grande do Sul (RS), localizado na região Sul do Brasil. Possui uma área de 1.638,34 km², de acordo com dados da Prefeitura Municipal, está localizada a 127 km da Capital do estado, Porto Alegre, e a 1.900km de Brasília, a Capital Federal da Nação. Possui um clima temperado, com verões amenos, invernos frios e geadas frequentes. Considera-se na atualidade um polo de atração migratória nacional e internacional. Possui uma população total, segundo o Senso de 2009 de 413.890 habitantes, com uma densidade populacional com 251,8 hab./km². Tem uma composição étnica de 88,94% brancos, 2,43% negros, 7,94% pardos, 0,10% amarelos e 0,24% indígenas. Sua cidade se formou no final do século XIX quando o Governo do Brasil decidiu colonizar a Região com Imigrantes Europeus, em sua maioria Italianos, Alemães, Franceses, Espanhóis e Polacos. A mesma teve um início cheio de dificuldades e privações, mas depois de um tempo seus habitantes conseguiram estabelecer uma próspera cidade cuja principal fonte econômica foi a agropecuária destacando-se pelo cultivo da uva e a produção do vinho, o que garantiu a rápida expansão do comércio e da indústria no século XX. Ao final do século XX, graças ao crescimento urbano da cidade e a aparição de uma elite socioeconômica ilustrada, a região se abriu para uma maior integração com as outras regiões do Brasil. Sua economia rapidamente mudou desde a agropecuária até a indústria, o comércio e a construção civil, sendo que para o ano de 2007 a cidade sediava 20 das 500 maiores empresas da região Sul do país e é a 2ª maior polo metal mecânico do Brasil, sendo as empresas mais importantes: Randon (produtor de segmento de veículos para importação e exportação) A Agrale, única montadora de ônibus e caminhões de capital nacional e a Marcopolo que produz mais da metade das carrocerias de ônibus produzidos no país. Na atualidade, sua economia é uma das mais dinâmicas do Brasil e encontra-se presente em muitos mercados internacionais. Junto à expansão econômica, também sua cultura se internacionalizou garantindo a aparição de várias instituições de ensino superior e trazendo consigo também a aparição de problemas típicos das cidades com crescimento acelerado como, por exemplo: poluição, surgimento dos grandes aglomerados populacionais e aparição e aumento da criminalidade (Prefeitura de Caxias do Sul, 2014).

A Religião predominante na região é a Católica, com 86,19% de adeptos, seguindo em nível de importância, outras denominações entre as quais temos: Evangélica com 12,0% de adeptos, Espíritas com 1,40%, Candomblé com 0,41% de adeptos, Muçulmanos com 0,02% e Judeus com 0,01%. Entre suas principais atividades culturais encontra-se a Festa da Uva, a qual é realizada a cada 2 anos desde o ano 1931 e é dedicada a celebrar a colonização italiana e a reavivar as tradições desta comunidade. Embora os Imigrantes Italianos sejam os protagonistas da festa, outras etnias que participaram da construção da cidade também são representadas e homenageadas. Dos clubes sociais recreativos, os mais importantes da cidade são: Clube Juvenil e Recreio da Juventude. Nos esportes, os clubes mais importantes são: Esporte Clube Juventude, representado pelo Papagaio e a cor verde e o Ser Caxias, antigamente chamado de Grêmio Esportivo Flamengo, representado pela cor bordô (Prefeitura de Caxias do Sul, 2014).

A saúde do município é gerenciada pela Prefeitura Municipal através de Secretaria Municipal da Saúde, a qual é responsável pela gestão plena do Sistema Único de Saúde (SUS) no município. Integra a 5ª coordenadoria regional de saúde a qual abrange aos 49 municípios. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) são serviços considerados a porta de entrada para o cidadão que busca o atendimento pelo Sistema Único de Saúde e oferecem serviços de atenção básica integral a uma população referenciada, deste atendimento generalista, odontológico até especialidades básicas como gineco-obstetrícia e pediatria. O Município conta com 46 Unidades Básicas de Saúde, sendo que 19 possuem estratégia da saúde da família com 33 equipes de estratégia de saúde da família (ESF) e 17 equipes de saúde bucal. A população cadastrada pela ESF é de 19,35% segundo o SIAB. O município possui 6 hospitais, sendo que 5 são privados, destes 2 são conveniados ao Sistema Único de Saúde. Possui além uma Unidade de Pronto Atendimento e o Hospital Geral o qual, é o único da cidade que atende 100% ao Sistema Único de Saúde e encontra-se administrado pela Fundação Universidade de Caxias do Sul (UCS). Além do serviço de Pronto Atendimento existe o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), o qual é ativado sempre que o usuário esteja em situação de risco de morte.

A assistência hospitalar é acessada de 3 maneiras: em caso de emergência, o usuário se dirige diretamente ao Pronto Socorro do Hospital, por indicação do médico da Unidade Básica de Saúde, do Pronto Atendimento 24 horas ou ainda do

ambulatório especializado, quando estes entenderem o caso como urgência y pela necessidade de internação hospitalar para atendimento de procedimentos eletivo. Além dos serviços de atenção básica, atendimentos de emergência e hospitalares o município possui as seguintes ofertas:

- Centro Especializado de Saúde (CES), onde são oferecidos os serviços de especialidades médicas (Neurologia, Gastreenterologia, Cardiologia, Pneumologia, Endocrinologia, Dermatologia, Otorrinolaringologia, Urologia, Oftalmologia, Proctologia.)

- Ambulatório de Doenças Respiratórias Infantis (ADREP).

- Ambulatório de pequenas cirurgias.

- Serviço Municipal de Infectologia.

- Farmácia Central.

- Serviço de estomizados.

- Programa “Respirando em Casa” (para usuários de oxigênio domiciliar).

- Programa de Saúde Mental: Ambulatório Municipal de Atenção a Criança e ao Adolescente (APOIAR), Cais Mental, Centro de Atenção psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD) 24 horas, Centro de Atenção Psicossocial Cidadania, Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSI Aquarela), Residencial Terapêutico, Urgência e Emergência 24 horas em saúde mental.

- Serviço de Assistência Domiciliar (SAD).

- Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

- Serviço de avaliação, controle e auditoria (SACA).

- Central de regulação de leitos.

- Vigilância a saúde.

- Central de exames complementares.

- Hemocentro de Caxias do Sul (HEMOCS).

- Ouvidoria.

- Programa desenvolvido na atenção à saúde: Saúde da Criança, Programa de Olho no Risco, Programa de Planejamento Familiar e Programa Dente na Boca.

A porta de entrada ao SUS é a UBS, a qual deve resolver 80% das situações de saúde da população, nesta são levados todos os programas de medicina preventiva e atenção às doenças crônicas, entre outros. Desde esta são encaminhados aos usuários quando precisados a outros níveis, exemplo: Centro de Especialidades, Hospitais, etc., desde que, uma vez resolvida a situação, o usuário

seja encaminhado ou contra referenciado à UBS com as ações aplicadas pelos especialistas, às quais serão de segmento ambulatorial. Quando precisada a atenção geral, o usuário sempre será referido às especialidades básicas, onde se fará o encaminhamento aos serviços especializados necessários, o retorno sempre será direcionado à UBS para o seguimento do usuário.

A atuação do sistema está fundamentada nos critérios estabelecidos na Constituição Nacional, onde atuam como “fatores determinantes e condicionantes ao meio físico, meio socioeconômico e cultural, os fatores biológicos e a oportunidade de acesso aos serviços que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde, ” assim como “o caráter público e o direito de todos” a saúde. Portanto, engloba os princípios doutrinários de universalidade, equidade, regionalização, hierarquização, resolubilidade e complementariedade com o setor privado. Sendo assim, existem vínculos com instituições educativas da área da saúde e com provedores de serviços de saúde, com os quais ainda não se conta no setor público.

Neste contexto, localizamos a nossa UBS de Mariani, a qual está localizada na Rua Virgínia Bottini Reuse, nº 299, Bairro Mariani, município de Caxias do Sul. O Bairro Mariani pertence à zona urbana do município. Situa-se a oeste na cidade de Caxias do Sul, a oeste do bairro Sanvitto e ao sul do loteamento Reolón. Com uma altitude de 817 metros em relação ao nível do mar, o clima na região é subtropical, de relevo acidentado com presença de morros, planaltos e terrenos rochosos, a vegetação é subtropical (Prefeitura de Caxias do Sul, 2014). Abrange os bairros Mariani, Mariani II, Sanvitto, Cidade Nova I, II e III somando uma população de 25 mil habitantes em suas áreas de abrangência. Além de áreas residenciais existem empresas de médio e pequeno porte tais como: supermercados, materiais de construção, padaria, indústria metal mecânica. Em sua maior parte, as ruas são calçadas. A sua população é formada só em uma ínfima parte por trabalhadores, o que contribui para que as condições econômicas da área de abrangência sejam bastante restritas. Existem vários programas e benefícios para os mesmos, os quais geralmente são organizados pela Associação de moradores do Bairro (AMOB), porém apenas as agentes comunitárias e alguns moradores, se fazem presentes nas reuniões, bem como nas do Conselho Local de Saúde que ocorrem alternadas entre os bairros Mariani e Reolón: Bolsa Família, Vale Gás, Auxílio Vale Transporte, Cesta Básica (Fundação de Assistência Social – FAS), Pastoral do Pão, Auxílio Leite (para crianças de baixo peso). A mesma serve de espaço para a realização de

estágio de diversas carreiras de várias instituições de ensino, entre os estágios realizados nela, encontram-se: Enfermagem, Nutrição e Trabalho Social. Está construída em material de alvenaria com telhado de telhas Brasilit, possui aberturas em metal, as janelas são basculantes com grades de segurança externa que possibilitam a entrada de luz natural, onde torna o ambiente mais agradável. Possui 1 corredor com telhado de toldo que vai da rua até a porta principal que protege os usuários do sol e da chuva. O prédio possui 2 andares com 2 rampas que facilitam o acesso para deficientes físicos. Seu espaço físico se organiza da seguinte maneira:

Recepção: São realizados os agendamentos de consultas, atualização de cadastros, cadastros de novos usuários, encaminhamentos a outros níveis, informações, etc. Possui 1 balcão, arquivos, murais educativos e informativos. Está localizada a frente da sala de espera. **Consultório do Clínico Geral:** Composta por pia, maca, escada auxiliar, mesa, estetoscópio, esfigmomanômetro, aquecedor e ventilador. Não possui atualmente balança. **Consultório Médico de Ginecologia:** São feitas consultas ginecológicas e coletas de mostras de citopatologia. Possui mesa ginecológica, foco de luz, esfigmomanômetro e sonar. **Consultórios dos Enfermeiros e salas de uso pela Equipe:** Destinadas as consultas de enfermagem, acolhimentos e encaminhamentos internos, possuem mesa ginecológica, mesas, cadeiras e armários. **Sala de Reuniões:** Destinada para capacitação e reunião. Possui mesas, cadeiras, balança de adulto, não possui TV e DVD, nem aparelho de som, os quais, quando necessitados, são trazidos de outras áreas. Este espaço também é usado para reuniões de grupos, como gestante e Hiperdia. **Sala de Assistência Social:** Composta por mesa e cadeira, material de escritório, destinada ao atendimento de usuários com problemas sociais ou necessidades materiais. **Sala de Enfermagem:** Contém documentos, arquivos com mapa de abrangência, ficha para marcação de consultas especializadas, mesas, cadeiras, armários, etc. **Sala de Observação:** Onde são realizados os pequenos procedimentos, tais como nebulização, observação do usuário, verificação de pressão arterial, administração de medicamentos. Contém 2 camas de adulto e 1 pediátrica, um torpedão de oxigênio, pia, foco de luz, esfigmomanômetro, nebulizadores. **Sala de Esterilização:** Onde são lavados, embalados e esterilizados os materiais usados em procedimentos. Possui aquecedor e autoclave. **Sala de Curativos:** Contém material para curativos, retirada de pontos, possui mesa, cadeiras, pia, lixeira, macas e lixeira de lixo contaminado. **Farmácia:** Onde são

retirados os fármacos pelos usuários mediante receita médica. É uma área relativamente pequena, onde apenas entra a luz natural. Possui 1 balcão, mesa, cadeiras, geladeiras para medicamentos, prateleiras e computador. **Consultório Pediátrico:** Para consulta médica pediátrica. Possui balança infantil, cadeira, mesas, maca, suporte para soro, otoscópio, estetoscópio, esfigmomanômetro pediátrico, ventilador e aquecedor. **Sala de Vacinas:** Área com geladeira, pia, maca pediátrica, cadeiras, fichário, aquecedor e ventilador. É destinada a aplicação de vacinas e teste do pezinho. **Consultórios de Odontologia:** Possui pia, armário para materiais, estufa para esterilização de materiais, cadeira odontológica com todos os seus acessórios. **Cozinha:** Possui pia, fogão, forno micro-ondas, geladeira, armário, mesa com cadeiras. Espaço destinado para refeições dos funcionários. **Banheiro de Funcionários:** Possui armário para guardar pertences de funcionários, devidamente identificados. Os mesmos são insuficientes, ficando mais da metade dos funcionários sem espaço. **Sala de Coleta de Exames:** Possui mesas, cadeiras, materiais esterilizados para as coletas. A mesma fica na área compreendida entre os banheiros e a cozinha, é uma área muito pequena, o que facilita o acúmulo de pessoas durante a coleta dos exames.

A recepção possui um espaço físico limitado, de tal modo que o acúmulo de pessoas, as vezes convertem a área em um espaço intransitável. A sala de reuniões é muito pequena para alojar a totalidade dos funcionários nas reuniões gerais, acolhe tranquilamente aos integrantes das equipes nas reuniões semanais, também não tem a quantidade suficiente de cadeiras. Nenhum dos consultórios tem sanitários, sendo a quantidade deles suficientes. As salas de vacinação e de curativo apresentam tamanho e disposição adequados. A sala de nebulização compartilha espaço com a sala de observação, que as vezes, impossibilita o trabalho efetivo pela falta de espaço.

A área destinada à farmácia está em um espaço pequeno, sem janelas nem luz natural, onde em tempo de calor é sub-humano o trabalho. Os dois sanitários para funcionários, nos quais se encontram os armários onde o pessoal guarda seus pertences, não possuem chuveiros, os outros dois sanitários, destinados para os usuários, não possuem características para deficientes. Os dois consultórios odontológicos têm espaço e instrumental, assim como material humano adequado para os parâmetros da ESF. A cozinha, os depósitos, salas de esterilização, lavagem, abrigo de resíduos etc. Todas cumprem as características mínimas.

Considerando os problemas antes expostos, e dirigindo a atenção no sentido de sua solução, cabe-se fazer as seguintes propostas, dirigidas a tratar as problemáticas dependentes da equipe, e que vão ajudar a melhorar a qualidade dos serviços oferecidos na nossa área de saúde, incluindo as instituições públicas e privadas, abrangentes a nossa área, entre outros.

Realizar projetos de infraestrutura que incluam melhoras nas áreas dos banheiros para garantir o serviço aos usuários deficientes, idosos etc. Assim como melhoria do chão, adequando eles com antiderrapantes para evitar futuros acidentes, (já ocorreram alguns), além da ampliação dos espaços dos consultórios, incluindo sanitários para alguns, farmácia e outros espaços, sua execução dependerá da aparente vontade do governo em melhorar a saúde da população através dos programas implementados. Limitante: a arquitetura antiga da UBS.

Igual as demais unidades de saúde do município, Mariani trabalha com o equipamento essencial para atenção primária, entre estes, temos antropômetros para adultos e crianças e balança adultos e crianças: só existe uma de cada um na consulta do nutricionista e na área de acolhimento de enfermagem, faltando uma em cada consultório dos médicos, situação essa que atrapalha o resultado da UBS quanto a atenção daqueles usuários que pelas características de suas doenças precisam de um controle rígido, entre eles: doentes crônicos, grávidas, crianças, etc. Esta situação constitui um constante problema, já que os mesmos, para garantir a avaliação completa, precisam fazer filas em duas áreas, isto é: para realizar as medidas antropométricas e para a consulta médica mesma, situação essa que impede o eficiente trabalho do médico, que muitas vezes, perde tempo demais constituindo uma situação de estresse para o bom desenvolvimento do trabalho.

Ainda existe um sistema de manutenção e reposição de equipamentos, instrumentos e mobiliário, o mesmo não é satisfatório, situação essa que impede que sempre estejam disponíveis ao momento necessitado. Este contratempo desfavorece o trabalho da equipe toda, já que ainda a gente queira fazer direitinho o trabalho, as faltas atrasam o planejamento e o trabalho mesmo. O sistema de revisão e calibragem dos equipamentos, como esfigmomanômetros, balanças e outros não tem um tempo planejado, e se realizam quando precisado devido aos estragos dos mesmos. Outra situação, a qual depende exclusivamente do profissional da UBS, e a informação de danos das equipes, já que como não há responsáveis diretos, às vezes não se faz no tempo ideal. Nesta última situação, as

vezes ainda existe o mecanismo, a resposta dos responsáveis tarda, atrapalhando os funcionários e os usuários dos serviços. A UBS possui seu telefone próprio, o qual facilita grandemente a organização do trabalho, existe conexão à internet, no entanto algumas funções estejam desconectadas, o que impede que a rede seja usada em assuntos concernentes a estudos e outras. Tem uma impressora de uso coletivo, a qual é usada de acordo com as necessidades por todos os funcionários, não há câmera fotográfica, filmadora nem equipamento de som, no entanto tem TV, projetor e microcomputadores, de uso individuais de vários funcionários, mas que são usados para atividades educativas e de outra índole quando precisado.

Todos os profissionais e trabalhadores do centro tem direito de utilizar o computador e outros equipamentos, quando previamente agendado seu uso e solicitado a permissão à gerencia. Não existe prontuário eletrônico implantado na minha UBS. O computador é usado entre outras coisas para: acesso a bibliografia, e-mails, agendamento e marcações de exames, digitação de documentos, encaminhamentos a outros serviços, recepção de documentos, registro de ações programáticas. Ainda não é usado para análise de dados de pesquisas, controle de estoque, prescrição de medicamentos, registro de atendimentos, cadastramento de usuários e famílias.

De acordo com o objetivo fundamental das UBS, Mariani consta com os materiais essenciais que precisam para o seguimento dos principais programas de atenção primária em saúde, no entanto, existe déficit de materiais para resolver situações espontâneas surgidas no dia-a-dia, como são materiais de pequenas cirurgias, fio de sutura, entre outros. Esta situação, provavelmente esteja relacionada o que até agora, esta prática de atender pequenos acidentes, não era comum na UBS.

Aqueles medicamentos de uso controlado, como são por exemplo, antidepressivos, benzodiazepínicos, medicamentos de uso especializado, antibióticos combinados e de amplo espectro, não se encontram no estoque da UBS, mas são oferecidos pelo município, que quando precisado, o médico prescreve e o usuário dirige-se a retirar ao centro da cidade, esta situação afeta negativamente ao usuário e seu familiar, que muitas vezes não têm a possibilidade econômica para se locomover, por parte do médico, quando apresentada a situação, o mesmo tem que recorrer a segundas e terceiras opções, o que termina desmelhorando o serviço oferecido (favor se dirigir ao questionário para ver a

relação completa de medicamentos existentes e inexistentes) até agora, não contamos com o programa de Medicamentos fitoterápicos e homeopáticos. Existe suficientemente a insulina, dispositivos intrauterinos, preservativos masculinos. Não existe diafragmas nem anéis medidores de diafragmas, se bem é certo que existem poucas opções, as mesmas são suficientes para oferecer um serviço de qualidade.

O programa de vacinação é cumprido com a maior responsabilidade por parte da UBS, sendo realizadas de maneira rotineira todas as vacinas do programa nacional de imunizações, exceto a influenza sazonal.

Devido a boa organização municipal em respeito aos serviços de laboratórios clínicos, a UBS de Mariani tem acesso a todos os exames rotineiros e os resultados dos mesmos se encontram disponíveis em menos de quinze dias da coleta da mostra, aqueles exames que por sua complexidade o grau de especialização só podem ser indicados pelos especialistas, ainda ter o acesso aos mesmos, tem que ser agendados sendo a tardança muitas vezes muito superior a 15 dias, e muitas vezes atrasam meses e anos, trazendo como resultado que os usuários que podem pagar fazem os mesmos nas áreas privadas, e aqueles que não podem, tem que ser parte da lista de espera, a qual e extremadamente longe, trazendo como resultado: imprecisões no diagnóstico e muitas vezes medidas terapêuticas erradas.

Uma das fortalezas da UBS Mariani, é a existência de atenção especializada nas áreas de ginecologia, obstetrícia, pediatria e nutrição, com o qual oferece-se o serviço a dois dos grupos prioritários: grávidas e crianças. Muito importante também é a área de nutrição com a qual o médico complementa sua atenção, oferecendo além do acompanhamento nas troças de hábitos alimentares que tanto mal faz a população de estes tempos. Quanto as demais especialidades, todas são oferecidas em diversas unidades do SUS, mais visto a pouca quantidade de especialistas existentes no município, e a grande quantidade de usuários na lista de espera, a maioria das vezes a espera torna-se inviável, com tempos que oscilam entre três meses até anos, entre as estratégias usadas estão: marcação pela UBS junto ao prestador e por central de agendamento através da UBS. A remoção do usuário em situação de urgência emergência, acesso ao atendimento a pronto socorro e ao pronto atendimento, assim como a garantia de internação hospitalar se realiza de maneira insatisfatória por várias razões, das quais as mais influentes são: excesso

nos casos e déficits de unidades de ambulância, grande acúmulo de usuários, déficits de pessoas, capacidade de leitos instalados insuficientes, entre outros.

Realizando análise do ante exposto, avaliamos diversos problemas e suas prováveis soluções, entre as quais observamos:

1. Manutenção de equipamentos: responsabilizar uma pessoa, quem levantará semanalmente informe dos equipamentos estragados, e expondo na reunião semanal, para garantir uma reação mais rápida da gerencia.

2. Materiais de consumo e insumos: realizar levantamento de necessidades de insumos para pequenos procedimentos, planejar estratégia de trabalho a gerente e a secretaria de saúde, solicitando de eles que a nossa UBS seja rapidamente equipada.

3. Medicamentos e preservativos: propor a criação de estoque especial contendo uma mínima quantidade de medicamentos de uso controlados os quais serviriam para iniciar o tratamento daqueles usuários com novo diagnóstico, e suprir em determinado momento aos usuários que por determinada condição não puderem deslocar-se até o centro da cidade para obter os mesmos.

4. Criação do programa de uso de medicamentos fitoterápicos e homeopáticos, iniciar plano de educação para explicar as vantagens da medicina tradicional, assim como os avanços científicos que certificam o uso destes medicamentos.

5. Fortalecer o programa de atenção ao adolescente, reforçando as atividades educativas, criar alianças com centros educativos, organizações civis existentes na nossa área de abrangência, incorporando aqueles jovens que assim quiserem as atividades do centro de saúde a serem realizadas na comunidade.

6. Propor a realização dos testes rápidos de DST, de rotina em todos os usuários sinalizados dentro de grupo de risco que solicitarem o serviço, ainda não tenham um histórico recente de possível contágio, assim como a população em geral que solicitarem.

7. Criar espaço entre os diversos profissionais da UBS para o estudo das doenças mais comuns que requerem atenção especializada para garantir a boa atenção daqueles usuários que devido ao atraso na atenção puderam-se complicar, estas atividades podem ser entre outras: discussões de casos reais ou simulados, revisões bibliográficas, palestras dirigidas por algum especialista da matéria.

A UBS foi criada para um número de 3 equipes (sua população inicial foi de 14 mil habitantes), dos quais, só foram formadas 2 equipes, as quais possuem cada um 1 médico, 1 enfermeira, 3 técnicos de enfermagem, 1 odontólogo e 5 agentes comunitários de saúde. A assistente social e a nutricionista compartilham suas atividades laborais entre as 2 equipes.

É função de todos os profissionais participar da territorialização e mapeamento da área de atuação das equipes, identificando grupos, famílias e indivíduos de risco, incluindo risco laboral. Também deve-se realizar escuta qualificada dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo, todos devem realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local. Cuidar da saúde da população adscrita no domicílio e demais espaços comunitários, garantir a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção de saúde, prevenção de agravos e curativas, garantir o atendimento da demanda espontânea, vigilância à saúde e a qualidade dos registros das atividades nos sistemas nacionais de informação na atenção primária. Participar das atividades de educação permanente e identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações Inter setoriais com as equipes. Dentre as principais limitações, para cumprir com as atribuições, temos as seguintes: Dos integrantes da equipe de saúde, só participam de maneira ativa no processo de territorialização e mapeamento do território, os enfermeiros, técnicos de enfermagem e os agentes de saúde, os demais profissionais, se dedicam sobre tudo a suas atividades específicas concernentes a atenção do usuário, e uma vez realizado o processo de territorialização e mapeamento, se incorporam a tarefa de conhecer, e dar seguimento aos caso individuais e coletivos que precisarem de atenção.

O principal espaço do cuidado a saúde da população é a UBS mesma, mas também são realizadas atividades de cuidado em saúde no domicílio e escolas, em poucas ocasiões em indústrias, recentemente foi incorporada a experiência de realizar atividades em bares da comunidade, experiência que contribui a inserção ao trabalho educativo a aqueles grupos de risco, que de certa maneira, sente se que não formam parte dos componentes sociais que podem ajudar na melhora da atenção em saúde.

Quanto à busca ativa de faltosos, só os técnicos em enfermagem e os agentes comunitários de saúde a realizam de maneira ativa. Os demais profissionais da UBS convertem-se em agentes passivos da mesma.

O cuidado domiciliar é uma estratégia bem implementada, sendo que todos os profissionais participam da mesma, incluindo o nutricionista quando precisado.

Dentro das atividades realizadas nas visitas domiciliais, encontram-se: curativos, orientações em saúde, acompanhamento de problemas de saúde, consultas médicas, consultas de enfermagem, entrega e aplicação de medicamentos entre outros. Devido ao escasso de aparelhos, não é realizada nebulização, além de não oferecer o serviço de fisioterapia por não ter profissional na nossa área.

Os encaminhamentos são realizados seguindo os fluxos de referência, mas nem sempre é recebida uma contra referência adequada. Não são utilizados protocolos de encaminhamento a outros níveis. Não se costuma acompanhar aos doentes no ingresso hospitalar, coisa que sim se faz com os ingressos domiciliares. É protocolado o acompanhamento do plano terapêutico proposto a nossos usuários por outros serviços.

As notificações compulsórias são realizadas principalmente pelos enfermeiros e técnicos de enfermagem, sendo que os outros profissionais são entes passivos neste processo. Não é realizada busca de queda ativa destes agravos, e só quando a mesma aparece se realiza o processo.

Dentro os grupos na comunidade trabalhados pela equipe, estão: aleitamento materno, diabéticos, hipertensos, planejamento familiar, pré-natal e idosos. Não existe outros grupos, o que permite que uma grande quantidade de grupos de risco fique sem a atenção grupal e individual adequada. Estas atividades são realizadas por todos os profissionais da UBS. De igual forma participam na promoção da participação da comunidade no controle social.

Os profissionais da UBS participam em atividades de qualificação profissional, tanto na área de gestão de saúde, tanto na atenção em saúde, sendo a grande maioria destas atividades multiprofissionais, sendo o foco principal da gestão a transformação das práticas e na atenção a atualização técnica. Todos os profissionais excetos os agentes, participam em maior o menor no gerenciamento de insumo.

Para garantir mudanças que nos levem a melhorar o atendimento, se fazem as seguintes propostas:

1. Incorporar médicos odontólogos e outros profissionais ao processo de territorialização e mapeamento como estratégia da UBS, situação facilitada é que todos os médicos são de recente ingresso, e que os odontólogos sempre se envolvem nas atividades deste tipo, e que não participam devido a não existência da estratégia.

2. Incorporar associações, igrejas e outros grupos comunitários ao cuidado em saúde da comunidade, garantindo assim um maior engajamento de todos os componentes sociais da mesma.

3. Iniciar de imediato o uso dos protocolos estabelecidos pelo ministério para notificação compulsória de doenças.

4. Criação dos grupos de: adolescentes, tabagistas, saúde da mulher, entre outros considerados na próxima reunião de equipe.

5. Propor ao coletivo a política de identificação de parceiros e recursos da comunidade, com a finalidade de melhorar e potencializar as ações na comunidade, sobre tudo com os grupos de riscos identificados.

Do total da população pertencente a nossa área de abrangência, existe cadastramento com prontuários um aproximado de 15.000 usuários, o que constitui um 60% do total, e de este total 6.673 (44%) pertencem as duas equipes já estabelecidas. Como observamos ainda as equipes possuem um número adequado de habitantes temos a grande maioria de nossa população ainda sem atenção da ESF.

Focando na população cadastrada e atendida pelas duas equipes de saúde, encontramos que a distribuição da população está de acordo com a distribuição da população brasileira. Dos usuários cadastrados 3.448 (51.67%) correspondem ao sexo feminino, e 3.225 (48.33%) correspondem ao sexo masculino.

Ainda não existe cadastramento do número total de crianças menores de um ano para o total da população, mas baseado na atenção da especialidade pediátrica, poderia se afirmar que a nossa área conta com um número maior que o estimado para a média brasileira. O mesmo acontece com o número de gestantes, onde o ano 2013, a média percentual só daqueles usuários que se apresentaram a consulta foi de 3.67% do total da população cadastrada nas duas equipes, pelo que notamos que o número da média brasileira, é muito inferior ao número da média brasileira. O acolhimento é realizado numa sala específica para o mesmo, ainda desde o momento da chegada do usuário, já se esteja oferecido as informações mais

importantes na área de recepção. Os profissionais que realizam acolhimento são: médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem e técnicos dentários. Os odontólogos ainda oferecem um serviço considerado excelente, não participam do acolhimento dos usuários, pelo que realizam seu trabalho uma vez acolhido o usuário pela técnica em odontologia.

Existe uma equipe de acolhimento, onde estão envolvidos tanto técnicos, enfermeiros quanto os médicos. O fluxo inicia na recepção mesma, mas é na sala onde se realiza a atenção e encaminhamento até o serviço necessitado pelo usuário. A modelagem estabelecida é o acolhimento misto (equipe de referência + equipe do dia) o que facilita o envolvimento de todos os membros das equipes de saúde. O mesmo é realizado todos os dias de atendimento da UBS e só se realiza organizadamente no turno da manhã, no turno da tarde quando precisado, o mesmo geralmente é realizado pela equipe da área de observação. No entanto existe algumas dificuldades, todos os usuários uma vez chegam a UBS, saem com suas necessidades acolhidas, o tempo demorado para o acolhimento é de entre cinco e dez minutos.

A equipe de saúde conhece sobre avaliação e classificação de risco biológico, mas em muitas poucas ocasiões é utilizada pela equipe de acolhimento para definir prioridade de atenção e encaminhamento do usuário. Similar situação acontece com a avaliação e classificação de vulnerabilidade social, já que é reduzido o número de profissionais que utilizam o mesmo para o encaminhamento do usuário.

Quanto à demanda do usuário por atendimento para problemas de saúde agudo e protocolado na minha UBS que a porta de entrada seja via enfermagem, quem oferece o serviço sem nenhum problema. O excesso deste tipo de demandas depende do clima, já que nos meses de inverno existe um excesso manifesto, sendo muito menor nos meses de verão. O excesso deste tipo de demandas se dá tanto para usuários da área de abrangência quanto para residentes fora da área de cobertura da UBS. Os usuários solicitam consulta com o enfermeiro quando necessário, sendo os mesmos acolhidos pelo profissional, e a espera em todo caso inferior a trinta minutos. O excesso de demanda depende da temporada, sendo que o excesso é principalmente para a população da nossa área de abrangência. Quando necessário, a equipe orienta a procura dos serviços de pronto atendimento, pronto socorro e outros encaminhamentos, tendo em conta que o primordial é a

atenção segura e a solução do problema do usuário. O excesso da demanda é abordado pelos médicos de maneira similar a outros profissionais, sempre procurando que o usuário entenda a necessidade de buscar ajuda em outro serviço e não simplesmente voltar para sua casa e esperar por atenção na UBS.

Os excessos de demanda no odontólogo são lidados orientando voltar noutro momento, ou encaminhando os usuários a outros serviços. Quanto às consultas que precisam de atendimento imediato, as quais existem tanto com usuários abrangidos pela UBS quanto com usuários de outras áreas, se lida orientando voltar outro dia ou encaminhando a outros serviços incluindo faculdades e atendimento particular. Os serviços odontológicos especializados (tratamento de canal, periodontal, lesões de mucosa) também geram excesso de demandas sendo que se lida com elas de maneira antes exposta. Não se oferece serviços de cirurgia odontológica na UBS.

Todavia, convém referir quanto ao acolhimento da demanda espontânea na UBS, e a minha primeira proposta é incluir mais de perto a equipe de recepção nesse primeiro encontro entre o usuário necessitado de atenção espontânea da UBS, realizando atividades de formação, que contribuam com a aprendizagem das recepcionistas, as quais na minha UBS são no geral estagiárias, ao conhecimento dos sinais e sintomas que constituem situações agudas de imediato atuação. Uma boa maneira seria envolver aos odontologistas como maneira de garantir maior grau de engajamento dos mesmos com sua população cada vez que esta ação contribuirá a um maior engajamento com a equipe de saúde mesmo com a criação definitiva da terceira equipe de saúde vai contribuir com uma melhor resposta da UBS aos habitantes da área de abrangência, mas muito mais importante é fazer conhecer as autoridades pertinentes, que uma verdadeira e eficiente atenção, só será possível na medida em que eles entendam que a população da UBS requer pelo menos cinco equipes de saúde, para garantir suprir a necessidade da população, o que leva-nos a outro dilema que é a infraestrutura insuficiente para essa quantidade de equipes de saúde.

Segundo os indicadores do caderno de ações programáticas do ministério de saúde, a nossa UBS possui uma grande dívida de atenção em ambos os grupos (**Pré-natal e Puerpério**) vejamos: Segundo o caderno de ações programáticas, a população grávida da área de abrangência deve ser de 375 mulheres, o que significaria a média brasileira de 1.5% do total da população da área. Em nossa UBS

o total de mulheres grávidas atendidas em consulta de atenção pré-natal é de 61, o que equivale a um minúsculo 16% do total, pelo que a dívida social com a sociedade se faz superlativa, considerando a importância deste programa em sentido geral. Então, quais causas podem estar determinando o que eu chamaria de triste situação nesta UBS? Avaliemos algumas das mais importantes:

Monopolização da atenção na especialidade de ginecologia: visto que existe a atenção por parte da ginecologista uma vez por semana, tem sido projetado que todos os casos de pré-natal, puerpério, ginecologia, etc. sejam derivados só a esta especialista a qual como só trabalha um dia por semana, termina tendo uma agenda superlotada e oferece um serviço realmente precário, assim como sua participação social com a população só se realiza na consulta, termina tendo um vínculo afetivo com a população muito menor que aqueles funcionários de trabalho diário. Isto impossibilita uma atenção detalhada que, parecendo simples, ao longo do tempo termina tendo vital importância no seguimento da usuária.

Papel passivo do clínico geral: pela mesma situação de ter na UBS atenção especializada, os médicos gerais terminam se desinteressando da atenção a usuários de pré-natal e puerperal, e basicamente só ajudam, quando as mesmas possuem uma alteração a doença clínica que precise de sua atenção. Dado que o clínico geral e o médico que junto a enfermeira, odontólogas, técnicas, etc. atende mais de perto as problemáticas da população, tem que se ver envolvido ativamente na atenção, além de ter a preparação suficiente para a atenção ao pré-natal, sobretudo quando o mesmo é de baixo risco.

Participação nula na área de assistente social no programa: ao ser este programa um dos pilares da atenção primária em saúde e pelo grande nível de sensibilidade, é imprescindível a participação do trabalhador social, identificando casos de risco, como baixo nível socioeconômico e cultural, entre outros.

Participação mais ativa dos agentes comunitários de saúde na identificação e captação na comunidade das grávidas, assim como na educação popular sobre a captação precoce e um bom seguimento da gravidez e puerpério.

Pode se apreciar que do total de mulheres em atenção pré-natal, 77% realizaram sua primeira consulta no primeiro trimestre, o que é valorado. É uma boa porcentagem, no entanto não devemos esquecer a baixa porcentagem de mulheres em atenção pré-natal. A grande maioria daquelas que iniciaram tardiamente o pré-natal, buscaram pôr em dia as consultas de acordo com o calendário do ministério

de saúde. Só um 3.2% (2) das mulheres não estão comparecendo às consultas, segundo o estabelecido. Os exames laboratoriais do programa de atenção são solicitados na primeira consulta a 100% das grávidas, sendo que só aquelas que não comparecem de acordo ao programa, não são avaliadas. Mesma situação acontece com as vacinas contra tétano e hepatite B, as quais são aplicadas a todas as mulheres no tempo determinado. Quando isto ocorre, a técnica encarregada da área, oferece a informação, ativando o sistema de busca da mesma.

A situação da atenção ao puerpério é muito mais difícil que a situação da atenção pré-natal. Dos 300 partos estimados nos últimos 12 meses, só 47 (16%) receberam alguma atenção puerperal. Todas elas tiveram a consulta registrada e receberam orientações sobre aleitamento materno e planejamento familiar e ninguém recebeu orientação sobre cuidados básicos do recém-nascido, nem foram examinadas suas mamas. Após terem o exame ginecológico e abdome examinado, ninguém recebeu avaliação psíquicas nem das intercorrências. Estes poucos resultados se devem a que não existe protocolo de recepção das puérperas nem seguimento das mesmas na UBS. Propor a incorporação dos médicos gerais a atenção pré-natal, um dia por equipe de saúde, deixando para a ginecologista os casos que por sua complexidade requerem de atenção especializada. Incorporar ao trabalho da equipe os profissionais de assistência social, nutricionais e educadores físicos, para garantir a integralidade na atenção das usuárias.

Iniciar o uso imediato do protocolo de atenção pré-natal do ministério de saúde. Criar protocolo interno da UBS adequado as características socioculturais da população atendida, o qual satisfaça as necessidades das usuárias. Envolver todos os profissionais da atenção favorecendo assim a integralidade na atenção. Iniciar o uso de protocolo de acesso a outros níveis implementados pelo município, de maneira que a espontaneidade seja a exceção e não a regra ao momento de um encaminhamento.

Propor a incorporação de todas as áreas aos grupos de gestantes. Manter revisados os arquivos semanalmente, identificar novos riscos, e avaliar periodicamente o funcionamento do programa na UBS. Expor na reunião semanal da UBS as questões surgidas na revisão e que interessem ao coletivo. Envolver tanto aos médicos como a equipe na revisão dos arquivos, manter organizada a avaliação semanal.

Incorporar o maior número possível de profissionais nas atividades de grupo com as gestantes, fazendo do mesmo o pilar fundamental da promoção e prevenção deste grupo populacional, organizar atividades fora do âmbito da UBS, considerando os espaços físicos da comunidade toda, como áreas de ação direta, em função da realização de atividades promocionais.

Criar protocolo interno de planejamento, gestão e coordenação do programa de atenção pré-natal onde todos os profissionais participem de uma estrutura horizontal em que todos tenham a mesma responsabilidade, ainda alguma pessoa fazia a função de coordenador, realizar reuniões quinzenais, onde se avalie a qualidade da atenção, e se determinem futuras ações.

Passemos agora à análise da atenção à **saúde da criança e adolescente**. Pode-se observar uma cobertura muito inferior para a média, segundo as Estatísticas do caderno de ações programáticas. De 300 crianças, que representa a média brasileira, na UBS de Mariani, existe uma população de menos de um ano atendido de 79 crianças, o que representa 26% de cobertura de puericultura na área. Esta situação faz pensar na necessidade de trabalhar mais intensamente na captação das crianças, sobretudo aquelas pertencentes a nossa área de abrangência, além de realizar atividades de promoção com as grávidas para que as mesmas conheçam a importância do seguimento do recém-nascido, para lhes garantir melhor saúde e qualidade de vida. Destes, todos os menores de 1 ano realizaram todas as consultas de acordo ao programa nacional, com avaliação do crescimento e desenvolvimento. Todos tiveram avaliação de vacinação, saúde bucal e promoção de aleitamento materno. As debilidades concernentes podem-se combater favorecendo entre outras coisas: Realizar atividades de promoção para reforçar a importância do seguimento do infante, desde o momento de seu nascimento, deve se constituir numa estratégia fundamental da UBS, assim como convencer as mulheres durante seu atendimento pré-natal sobre a necessidade de continuar com as consultas de puerpério uma vez realizado o parto. A população deve se sentir com suficiente apoio por parte do sistema de saúde e com a confiança de que levando o seguimento está se garantindo um bom desenvolvimento e crescimento da criança.

Reforçar os programas de atividades educativas sobre o uso de métodos anticoncepcionais, maternidade e paternidade responsável, sexualidade e

adolescência etc., as quais contribuam a diminuir o número de usuáries grávidas em idades precoces da vida.

Existem vários aspectos a tocar para melhorar o processo de trabalho. Os mesmos poderiam ser avaliados desde a perspectiva que se possa usar para o sistema de saúde municipal melhorar os programas de atenção a criança e o puerpério. Vejamos:

Os atendimentos de puericultura são realizados pelo pediatra sendo nula a participação do médico geral, o atendimento só é realizado até os 24 meses sendo que crianças maiores só recebem atendimentos pontuais, sem um acompanhamento adequado. Esta situação melhorará a medida que possa envolver aos médicos gerais na atenção das crianças, garantindo que cada equipe da saúde controle a sua população, de maneira que só nos casos que requeiram atenção especializada sejam avaliados pelo especialista. A parte de promoção e prevenção, deve ser trabalhado por toda a equipe, sendo vital a participação de enfermeiras, técnicos e gerentes comunitários de saúde.

Além das consultas programadas, existe a demanda para problemas agudos, mas só estão envolvidos o pediatra, a enfermeira, o técnico em enfermagem e todos os integrantes da equipe de saúde.

Ainda que se trabalhe com o protocolo do ministério é necessário a criação de protocolo interno para viabilizar a atenção. No caso do uso de protocolos de regulação do acesso a outros níveis, dado que depende de ambas partes envolvidas é imprescindível a participação bilateral, ambas partes neste sentido se fazem necessário se sentar e discutir em conjunto a melhor maneira de realizar os encaminhamentos, para diminuir os momentos difíceis dos familiares.

A frequência de revisão do arquivo é realizada diariamente, mas é realizada muito superficial pelo que ficam sem identificar problemáticas de considerações de importância, além de permitir avaliar a qualidade do programa. Neste ponto também deve se reforçar a necessidade da incorporação do médico geral tanto na atenção quanto na revisão para levar e ter controlado os casos de riscos, avaliação nutricional, desenvolvimento e crescimento.

O cadastro de programa das crianças no programa bolsa família é realizado pelo centro de referência de assistência social (CRAS), esta situação facilita que a maioria das pessoas fiquem desvinculadas do processo, pelo que se faz necessário que a equipe tudo se envolva mais ativamente neste processo.

Propor a criação dos mesmos, poderia constituir um avanço significativo no processo de inserção de um maior número de crianças e puérperas. Visto que não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação de programa de puericultura, o seguimento dos resultados deste programa não é realizado, neste sentido se propor na próxima reunião a criação de uma equipe de seguimento o qual dará uma parte da situação na reunião semanal geral e de equipe de saúde.

Passando à análise de **saúde da mulher**, avaliando o indicador de cobertura, a média de mulheres entre 25 e 64 anos é de 6.883, para uma população correspondente a da UBS em questão (Mariani). O total de mulheres neste grupo de idades nesta UBS é de 6.806, o que significa 99% da média. Deste total só 27% (1843) das mulheres tem o exame citológico em dia, e 62% (4243) das mulheres tem mais de seis meses sem o controle ou nunca fizeram. Situação essa que denota que, ainda o sistema garanta atenção às todas aquelas mulheres que solicitam o serviço, não existe um programa de promoção, prevenção, e de estímulo às mulheres para que realizem a prevenção, e muito menos um controle adequado da população correspondente a área de abrangência da UBS. Então, poder-se-ia falar que a cobertura de prevenção de câncer de colo na minha UBS é bastante inferior ao esperado pelo programa ao nível nacional, o que faz que os funcionários de saúde desta UBS façam um compromisso de garantir a inserção de um maior número de mulheres para assim garantir a diminuição do risco coletivo e individual em matéria de câncer de colo de útero, imperante na sociedade dos bairros atendidos na nossa UBS. Por outro lado, a situação manifesta execução naqueles casos que realizaram exame citológico ao dia, já que a todas as mulheres se realizou avaliação de risco, orientação sobre prevenção. Um número maior, o que se explica por ter algumas que embora não estejam com o programado em dia foram envolvidas em atividades de promoção e prevenção, são aquelas que foram abordadas para oferecer algum tipo de orientação sexual. Então, voltamos à mesma questão da necessidade de aumentar a cobertura de mulheres que se realizam a citologia, como única maneira de melhorar os indicadores tanto de cobertura como de eficácia do programa.

Agora, examinemos algumas questões, com o objetivo de avaliar o processo de trabalho e propor alguns aspectos que poderiam melhorar em nosso trabalho diário.

Primeiro, de todas as mulheres que usam algum serviço da UBS, só são abordadas e orientadas no uso de preservativos aquelas que buscam serviços de atenção ginecológicas, DST, realização de citologias, e pessoas identificadas em risco, aquelas que vão por outro tipo de serviço geralmente não são abordadas desde ponto de vista. Esta situação pode melhorar a medida que a UBS garanta protocolar a atenção integral como motor impulsionador da atenção individual e coletiva.

Apesar de que a coleta de mostras cito patológicas são realizadas todos os dias, as mesmas só respondem a demanda espontânea de mulheres que procuram o serviço, sendo o mesmo um rastreamento oportuno. Considero ser necessário a criação de uma base de fatos de todas as mulheres em idade de realizar citologias por equipe de saúde, uma vez identificadas as que não seguem o programa, realizar atividades promocionais com as mesmas, garantindo assim a incorporação das mesmas. O próximo passo será protocolar um fluxo de seguimento onde estejam envolvidos tanto médicos e outros profissionais quanto aos agentes de saúde, e a população em geral.

Tanto a citologia, quanto a mamografia é protocolada por parte do município anualmente, pelo que cada ano o número de exames, deve-se corresponder ao número total de mulheres totais existentes nessas idades. Este número é considerado ainda uma utopia em nossa UBS já que a média anual dos últimos três anos foi de só 587 exames, dos quais foram identificadas 11 mulheres com alterações, se consideramos o total de mulheres em nosso território pode-se interpretar, que aproximadamente 33 mulheres anualmente ficam sem ser diagnosticadas com alguma alteração. Esta alarmante situação reforça a necessidade de protocolar localmente o seguimento do programa.

Apesar de ser registrado em livro de registro, prontuários clínicos e no formulário especial, a informação registrada resulta muito pouco vaga, pelo que se faz urgente a melhora da informação e o registro assim como seu arquivamento de maneira que os fatos sejam de fácil acesso para todos os profissionais, a frequência de revisão deve-se realizar semanalmente, com identificação daquelas mulheres com exames atrasados. Deve se também criar e pôr a funcionar uma equipe que realize coordenação, planejamento e seguimento ao programa. Este mesmo discutirá as ações a seguir para aumentar a cobertura e a qualidade. O monitoramento do programa deve ter uma periodicidade que não seja maior de

quinze dias. Deve-se realizar um calendário de mulheres que apresentem alterações com o objetivo de dar seguimento oportuno garantindo que ninguém perca a possibilidade de ter o seguimento adequado.

Em respeito ao programa de detecção precoce de câncer de mama, a cobertura oferecida em nossa UBS é só a metade da média da cobertura no Brasil (48%). O que se traduz em um fluxo de mulheres considerado ainda muito inferior ao esperado. Sendo necessário a criação de estratégias para melhorar esta cobertura. Das 1228 mulheres acompanhadas no programa de prevenção de câncer de mama, 936 (76%) apresentaram Mamografia em dia e 292 (24%) apresentaram mais de 3 meses de atraso

Destas, 928 receberam avaliação de risco para câncer de mama. Todas as mulheres acompanhadas receberam algum grau de orientação sobre prevenção de câncer de mama.

Como pode se notar, os resultados neste programa não acumulam 100% de efetividade, no SUS indicadores de qualidade manifesta uma melhor significativa com respeito ao de câncer de colo de útero, sendo ainda importante a criação de protocolos internos que melhorem sobretudo a cobertura e o sistema de registro da informação e seguimento dos casos com alguma alteração, o qual deverá ter fluxograma similar ao de prevenção de câncer de colo.

Depois da avaliação do anterior descrito, trazemos algumas situações a melhorar:

Criar protocolo de rastreamento organizado, de tal maneira que cada equipe de saúde possa identificar as usuárias que estejam no tempo de realizar exame de mama e mamografia e aquelas que já passaram o tempo de realizar, com o objetivo de abordá-las favorecendo a reinserção das mesmas ao programa.

Criação de protocolo interno de seguimento, assim como programar um sistema de referência e contra referência direta entre a UBS e outras unidades pertinentes, onde cada caso com alterações seja discutido pelo telefone entre a UBS e o especialista quem dará seguimento ao caso, sendo que os agendamentos de consultas com outras áreas sejam conhecidos diretamente pela UBS desde a unidade o serviço em função de garantir o melhor seguimento a usuário. Preencher a solicitação de mamografia sem realizar interrogatório de lugar e realização de exame físico de mama, criando protocolo interno de atuação.

Criar uma equipe de avaliação e monitoramento do programa o qual manterá organizado o trabalho e informado aos demais membros da equipe, sobre o funcionamento do programa, ao mesmo tempo que se aumenta a quantidade e qualidade as atividades de promoção e prevenção destinadas a população de toda a área de abrangência.

Dediquemos agora um espaço as doenças crônicas com foco em **Hipertensão e Diabetes**. De acordo a estimativa Vigitel (2011) do número de hipertensos que corresponde a área da UBS, a mesma só tem 15% da estimativa (462) de usuários hipertensos. Estes fatos de nenhum jeito correspondem a realidade da nossa população, já que como é sabido a nossa capacidade de resposta é muito inferior a cobertura, identificada como péssima por causa de que só 15% da população estimada está sendo atendida. Quanto à qualidade, também pode se argumentar a mesma situação, já que em nenhum dos prontuários avaliados se encontrou estratificação de risco por critérios clínicos, 39% (180) da quantidade atendida apresenta consultas atrasadas, os exames complementares e a avaliação de alimentação saudável, se realizam em 62% (286) e a orientação sobre práticas de atividade física se realizou em 76% (351) dos usuários. Estes números ainda parecem altos, não significa que ditas atividades se realizaram de maneira sistemática em todas as intervenções realizadas com a população pertinente.

Pode-se observar que na UBS são realizadas ações com vistas a orientação sobre hábitos alimentares, controle de peso, prática de atividades físicas, orientações sobre consumo de tabaco e álcool, entre outras. No entanto, estas atividades não se encontram protocoladas, na UBS e nem todos os profissionais vinculam-se as mesmas. Outra dificuldade enorme é que só aqueles usuários com grande preocupação por melhorar seu nível de vida participam ativamente, já que não existe estratégia de identificação e seguimento dos casos vulneráveis todos os dias e realizado atendimento a portadores de HAS, nos dois turnos: matutino e vespertino, porém, não existe estratégia de seguimento por equipe da saúde, o que impede um bom controle sobre a adesão ao tratamento, realização de atividades físicas, conservação das normas higiênico-dietéticas adequadas para cada caso, etc.

Neste sentido a proposta para melhorar a atenção vai dirigida a esquematizar e protocolar a atenção por equipe de saúde, reforçando o senso com os novos hipertensos surgidos. Uma vez agrupados por equipes planejar as

consultas de maneira que aquelas que sejam para controle sejam agendadas com planejamento acertado e bem antecipada, se realizará reunião avaliativa mensal para garantir a assistência a consultas agendadas e aqueles que faltarem serão agendados para VD, com o objetivo de lhes lembrar a importância do seguimento de sua doença, para evitar a aparição das temidas complicações. A participação ativa da assistente social e imprescindível para conhecimentos daqueles casos que por diversa situação requer deste tipo de atenção, sua inserção facilitará enormemente o trabalho em equipe e a resposta coletiva as necessidades do usuário. Uma desvantagem manifesta de nossa UBS é a falta de educador físico, que facilita a compreensão da necessidade de realizar exercícios neste tipo de usuários.

O objetivo de protocolar os agendamentos e reagendamentos sucessivos, e diminuir o mais possível o atendimento de complicações agudas e crônicas, muitas das quais constituíam casos graves, lembrando que o objetivo da atenção primária é a atenção de prevenção e promoção primordialmente. Uma vez organizado o protocolo, a organização facilitará a diminuir ao máximo o excesso da demanda espontânea.

A criação e/o melhora do arquivo de registro é de vital importância para a organização dos fatos, pelo que se está propondo, arquivo por equipe de saúde onde se visualize do o concernente a atenção ao usuário do grupo de HAS. Da organização por equipe se diluirá a organização do arquivo geral da UBS, as informações obtidas devem ser avaliadas e discutidas pelas equipes de saúde mensalmente, para garantir que nenhum dos usuários fique sem suas devidas avaliações e seguimentos. Além de manter caso de faltosos identificados, todos os registros ao dia e identificar procedimentos de atraso, o mesmo servirá para eventuais estudos de caso que qualquer um dos funcionários queira realizar.

Como foi percebido, todas as atividades educativas até agora, são centradas na UBS, pelo que se faz necessário vincular o trabalho grupal com as comunidades, isso é, partindo de que todo problema quando é enfrentado de um ponto de vista coletivo, facilita para chegar a melhores resultados. A saída da equipe de saúde nas escolas para vincular aos filhos e netos com o cuidado de médias gerais e tratamento dos pais e avós os converte tanto uns como os outro em protagonistas ativos de seu próprio desenvolvimento, além de que permitirá ao profissional da saúde a utilizar elementos socioculturais próprios da população para o processo de

aprendizagem de maus hábitos e costumes e a aprendizagem de novos modos e estilos de vida que determinarão melhorias manifestas nos indivíduos.

Igual que no registro de HAS, a DM foi preenchida só em parte, já que dos fatos requeridos no caderno, só uma parte foram levados em arquivos. Da estimativa da média para a população abrangida pela nossa UBS, só existe cadastrado 15% (141) dos quais nenhum apresenta uma estrita avaliação clínica do risco cardiovascular, 52% (73) apresentam atrasos das consultas e isso segundo o programa de atenção, já que não se segue um protocolo de agendamento, 82% (116) apresentam exames complementares em dia.

Quanto ao exame físico de rotina para este tipo de usuário, só 32% deles (45) apresentam exame físico dos pés realizado e descrito em seus prontuários, 82% (116) recebeu em algum momento orientação sobre nutrição e realização de atividades físicas e 89% (125) recebeu avaliação da saúde bucal. Depois de uma olhada com sentido autocrítico, temos que decair que temos que nos voltar a produzir mudanças na atenção em dois sentidos: mapeamento da nossa população para conhecer o número de casos e produzir uma mudança na atenção clínica dos casos conhecidos, com o objetivo de garantir uma eficiente atenção e um melhor e mais qualificado seguimento. Analisemos agora alguns aspectos a melhorar na atenção:

Criação de protocolo de atendimento onde a estratificação de risco cardiovascular e o exame físico minucioso seja a regra e não a exceção, devesse além garantir uma avaliação nutricional feita em conjunto pelo clínico geral e o nutricionista, onde sejam avaliados todos os aspectos, dependendo da individualidade de cada usuário. O aumento das atividades educativas coletivas, onde o usuário seja protagonista ativo de suas próprias mudanças, exemplificar as mudanças com aqueles usuários mais disciplinados significará uma grande vitória para a população.

De acordo com os dados existentes para **Saúde do Idoso**, existem 428 idosos maiores de 60 anos, o que corresponde só a um 13% do número estimado para a nossa área. Isso se deve que o número total da população cadastrada corresponde as duas equipes de saúde até agora existentes na UBS. Esta situação vai melhorar com um aumento de pessoas cadastradas e seguidas pelos funcionários da UBS. Os indicadores de qualidade são inexistentes, no entanto o trabalho com este grupo etário vem sendo feito, isso devido a inexistência de

registros e de protocolos de atenção e seguimentos, os quais a partir do diagnóstico da problemática deverá se iniciar a organizar. Então, como melhorar a atenção deste grupo etário?

Em primeiro lugar o atendimento, que deve ser realizado diariamente e em todos os turnos, organizado de maneira as ações programáticas concernentes nos leva a manter protocolado o seguimento dos mesmos. Garantia de seguimento dos doentes crônicos, incorporação dos idosos aparentemente são, criação de grupos de trabalho, e entre outras coisas, criar e organizar em arquivos tudo que se refere ao seguimento dos mesmos.

Ainda não tem psicólogos nem psiquiatras na atenção direta na nossa UBS, e é imprescindível a criação de um programa interno para o controle e seguimento da parte psicoemocional, tão importante neste grupo etário.

O maior dos problemas identificados ao longo da avaliação tem sido a falta de protocolos, o que impossibilita um melhor seguimento, a única maneira de garantir a eficiência e uma boa percepção da população, e melhorar situações tão elementares como são os agendamentos prévios, para evitar a espontaneidade na atenção, dar seguimento às doenças crônicas, problemas próprios da idade. Mesmo utilizando o protocolo criado pelo ministério, é necessário a elaboração e implementação do nosso próprio protocolo de atendimento.

Reforçar as atividades de promoção de modos e estilos de vida saudáveis, deve se converter em um plano prioritário no qual deve-se envolver, além dos nutricionistas nos hábitos alimentares, o fisioterapeuta nas atividades físicas, também os demais integrantes da equipe de saúde. O médico tem que lembrar que no processo saúde-doença, perseguir a saúde e evitar as doenças e o objetivo fundamental da atenção primária em saúde, pelo que a tendência em considerar que o consultório é o principal espaço de intervenção, deve ser combatido até fazer-lhes ficar no segundo plano de nossa atenção, tanto em pessoas idosas como nos outros grupos etários atendidos na UBS.

Melhorar as estatísticas em prevenção de saúde bucal, já que ainda tem um bom perfil de seguimento de higiene buco-dental, seja porque a idade mesma faz que estes usuários muitas vezes esqueçam esta parte de sua saúde. Isso vai garantir na medida em que a já existente tarefa de atenção domiciliar se reforce com um maior número de atividades de visita domiciliar.

Portanto, a partir da análise situacional elaborada, os grandes desafios da nossa equipe estão direcionados a melhorar significativamente o processo de atenção individual e coletiva incorporando o uso dos protocolos implementados pelo Ministério da Saúde em cada um dos programas de atenção básica, o que determinará necessariamente melhores resultados nas estatísticas e na satisfação da população.

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

Quando abordamos uma ação programática a prioridade deveria ser baseada em critérios de vulnerabilidade clínica e social, sem qualquer tipo de discriminação ou privilégio. O que se percebeu foi uma participação popular ainda tímida e muitas fragilidades na assistência social às famílias adscritas. Depois de finalizadas as atividades concernentes a avaliação da realidade e identificada uma série de problemáticas em sua maioria produto da desorganização do trabalho e da quase nula sistematização e registro das informações obtidas no processo de trabalho da UBS, assim como a inexistência de monitoramento sucessivo das atividades.

Dessa forma, se realizou um processo de reorganização do pensamento de trabalho, assim como o início do uso dos protocolos dos núcleos em atenção à saúde, a avaliação dos questionários permitiu a identificação de uma série de fatores que em subconjunto determinavam o pouco rendimento do trabalho, o que levou a uma série de mudanças no processo, destas, as mais importantes foi: Aplicação das estatísticas organizada de acordo com os grupos populacionais e etários, trabalhados nos questionários, incorporação de novos indicadores até agora em desuso e redimensionamento das funções de cada um dos integrantes da equipe. A partir da relevância da participação popular nos processos de trabalho, se ganhou no processo de incorporação da população a participação grupal.

Considerando estes aspectos, a avaliação inicial da situação de ESF/APS na UBS Mariani em comparação com a análise situacional tem várias diferenças; particularmente referente à profundidade da visão do trabalho na atenção primária, partindo da realidade estrutural de nossa UBS, originando diferentes dificuldades na rotina de trabalho em especial para a população adulta. Mas estas dificuldades

apontadas não se constituíram em obstáculo para o desenvolvimento das ações qualificativas dos programas de saúde em particular ao hipertenso e diabético.

De forma geral a função da equipe com a comunidade e outros atores é a maior fortaleza até agora frente aos trabalhos desenvolvidos, além das melhoras nos agendamentos e fluxos. O atendimento mais integral e diferenciado para cada tipo de usuário baseado nos princípios do SUS e nos protocolos do ministério da saúde para cada programa é o grande desafio que permanece enquanto meta para nossa equipe a fim de prover melhor qualidade assistencial.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

De todas as ações programáticas e programas de atenção básica em saúde na UBS Mariani, a atenção ao hipertenso e ao diabético representa 18% das consultas diárias, seja para controle e seguimento ou para tratar complicações. Isto está atrelado ao gasto em medicamentos que aumenta exponencialmente quando estes não aderem às ações promocionais e preventivas, assim como ao alto índice de usuários diagnosticados com alterações de hipertensão ou diabetes sem seguimento na UBS, ou seja, sem controle na atenção básica (Brasil, 2012).

A UBS Mariani, possui uma área de abrangência com 25.000 habitantes, duas equipes que em conjunto cobrem 32% deles (8.000 habitantes) em tese, pois como estamos situados numa área com necessidade de cuidado e as demais equipes ainda não foram implantadas, vemo-nos na obrigação de acolher esta demanda e fazer o devido encaminhamento em prol da resolução de seus problemas. Possui uma população de 3082 pessoas hipertensas e 938 diabéticos, destes apenas 462 (15%) hipertensos e 141 (15%) estão cadastrados. Estimamos alcançar ao final da intervenção 60% de cobertura, considerando toda a área de abrangência para a qual foi construída a UBS Mariane, ou seja, não estamos pensando apenas na área adscrita, mas a toda a população já vinculada e em vias de cadastro. Convém referir que a área de abrangência destinada para a UBS tem tendência a aumentar por causa das migrações, sendo necessário 5 equipes de ESF para realizar uma boa cobertura.

A população da área de abrangência possui baixo capital socioeconômico, com um número muito reduzido de usuários com planos privados de saúde, pelo que sua atenção descansa sobre o sistema de saúde pública, a mesma considera a UBS como seu único espaço para atender a saúde. São estes 2 grupos de doentes que mais se identificam com o atendimento ofertado, sendo que procuram participação (não sempre permanente) nas atividades planejadas pela UBS. Das atividades coletivas realizadas na UBS, a pertencente ao grupo de hipertensos e diabéticos é uma das mais concorridas e é realizada 1 vez por semana.

Esta intervenção vai significar um salto na qualidade do serviço e na percepção da população a respeito do atendimento, já que este grupo de usuários, o

qual possui várias complicações devido ao mal controle de sua doença de base, terminam sendo encaminhadas aos níveis superiores de atenção à saúde. Será uma ação programática de intervenção / ação onde o protagonismo se distribuirá entre a equipe e o usuário, já que contamos com integrantes de grande comprometimento com a atenção básica e com um grau de preparação adequada para levar a cabo as ações propostas. Entre as principais limitações e dificuldades à apresentarem, pensamos na sobrecarga de trabalho com a demanda espontânea que dificulta sobremaneira o atendimento programado, o pouco controle sobre o sistema de deslocamento veicular da Prefeitura, a dificuldade de seguimento aos aqueles usuários trabalhadores, que não passam muito tempo em sua residência. Conspira positivamente para a realização da ação o grande comprometimento das equipes com a saúde de sua população e a vontade política da gerência de saúde atual no município. Ao final da implementação da ação, teremos um grupo populacional, cujo níveis e estilo de vida, melhorarão significativamente com uma grande reinserção na sua vida produtiva e uma diminuição de complicações preveníveis.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção a saúde dos usuários diabéticos e/ou hipertensos da área de abrangência na UBS Mariani do Município de Caxias do Sul/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos:

Meta 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Meta2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Meta2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

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

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

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

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações:

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

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

Objetivo 5 - Mapear Hipertensos e/ou Diabéticos de risco para doença cardiovascular:

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

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

Objetivo 6 - Promover a saúde de Hipertensos e/ou Diabéticos:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Mariani, no Município de Caxias do Sul/RS. Participarão da intervenção 3082 pessoas maiores de 20 anos e estimados a possuírem hipertensão arterial, assim como 938 adultos estimados ao diagnóstico de diabetes *mellitus* (VIGITEL, 2011).

2.3.1 Detalhamento das ações

OBJETIVO ESPECÍFICO 1: ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à *Diabetes mellitus* da unidade de saúde, monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Se realizará o preenchimento do registro de cada hipertenso e diabético cadastrado na UBS. Será realizado o monitoramento a cada segunda-feira dos usuários atendidos na semana anterior, na reunião de equipe,

avaliando cada caso individualmente, segundo o estabelecido nos protocolos de atendimento, reagendando todos os casos que se encontrarem com dificuldades no atendimento. A referida ação servirá para identificar os novos casos que iniciaram no programa durante a semana, assim como para controlar o seguimento e as ações executadas nos casos avaliados. Esta ação será coordenada pela enfermeira da equipe.

EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS; garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (Esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde; garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes; garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

DETALHAMENTO DA AÇÃO: A cada usuário será preenchida a ficha de registro disponibilizada pelo programa, se criará ficha de síntese na qual se realizara um resumo de todos os casos e se identificaram aqueles onde faltarem alguma das atividades estabelecidas nos protocolos da ação, para de imediato reagendar atenção. Com esta ação, identificaremos os usuários que tenham alguma das ações do protocolo não cumpridas, para resolvê-las imediatamente. A ficha-síntese será disponibilizada pelo departamento de informática da secretaria de saúde. A ação será coordenada pela técnica responsável pelos agendamentos.

Haverá Porta aberta do serviço aos diabéticos e hipertensos, priorizar o agendamento telefônico para esses usuários, atender a demanda espontânea, disponibilizar o equipamento necessário como balança, esfigmomanômetro, fita métrica, aparelho de HGT, etc. Aumentar o tempo do acolhimento à 30min por cada usuário. Esta ação será coordenada pela enfermeira ou técnica responsável de cada equipe de acolhimento.

Disponibilizar em cada consultório e em cada sala de acolhimento pelo menos um aparelho para medida capilar de glicose; dispor de fitas suficientes para o aparelho. Esta ação estará a cargo da gerente da unidade básica, a qual solicitará os aparelhos à Secretaria de Saúde.

Aumentar o tempo da consulta de 15 a 30 min. Realizar consulta integral com o nutricionista e odontólogo sempre que for possível, disponibilizar fita métrica e

balança em cada consulta. O responsável dessa ação será o médico de cada equipe.

EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento da ação: se criarão grupos de 15 usuários o qual se reunirá uma vez por mês. Nestes se priorizaram atividades de promoção e prevenção, se identificarão os usuários com maior grau de adesão ao tratamento e as atividades preventivas e de promoção e se tomarão de exemplo para expor sua experiência em seu grupo e em outros, segundo suas possibilidades de participação. Nestas atividades se iniciaram com uma técnica de chuva de ideias, onde cada participante falará sobre seus conhecimentos e suas experiências, posteriormente o profissional de saúde dará clareza as dúvidas surgidas durante a atividade. Será utilizado recursos de multimídia. A coordenação será distribuída coletivamente entre os integrantes da equipe.

Exporemos um mural na sala de espera com as principais características das doenças, principais atividades de promoção e prevenção. Distribuição dos panfletos criados pela Prefeitura Municipal na população geral, tanto durante o atendimento dentro da unidade de saúde quanto nas atividades coletivas realizadas na comunidade. Durante as atividades de acolhimento e das consultas médicas, serão distribuídos panfletos.

Para esta ação se utilizarão o mural educativo como principal fonte de informação, se realizarão atividades de promoção e prevenção em cada consulta de adulto, seja sano ou doente. Além disso, se realizarão atividades comunitárias sobre promoção de saúde e prevenção de doenças focadas principalmente nos bons hábitos alimentares e realização de exercícios físicos, utilizando para essas atividades os recursos multimídias disponíveis na UBS.

EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Detalhamento da ação: se realizará uma atividade geral sobre o preenchimento da ficha de hipertensos e diabéticos, a qual, os mesmos já conhecem para a qual se utilizará o cenário da reunião semanal de equipe. Se utilizará recursos de multimídia e ao final se realizará atividade prática para avaliar a aprendizagem da mesma. Estará a cargo da enfermeira da equipe.

Também será feito um breve treinamento com todos os técnicos e agentes comunitários de saúde para reforçar o conhecimento sobre o uso do aparelho de HGT. Realizar breve treinamento sobre como medir PA e como realizar bom uso do aparelho de esfigmomanômetro e realizar a leitura da PA, se utilizará o espaço das reuniões de equipe para levar a cabo esta ação. Serão utilizados aparelho de HGT, esfigmomanômetro e estetoscópio.

Realizaremos breves encontros tipo “mesa redonda” onde cada profissional possa abordar sobre práticas de boa comunicação, abordar de forma crítica em cada um dos encontros sobre a importância de não passar por alto nenhuma das atividades durante o acolhimento. Encontros para reforçar o conhecimento sobre os valores normais das principais medidas antropométricas e de outra índole, incluindo aquelas que se obtém através de fórmulas matemáticas, se realizarão durante as reuniões de equipes semanalmente. Ditas as atividades, serão realizadas durante a primeira hora da reunião de equipe semanal, utilizando as equipes de multimídia disponíveis e várias técnicas como chuva de ideias, jogos, exposições, entre outros.

OBJETIVO ESPECÍFICO 2: melhorar a qualidade da atenção à hipertensos e/ou diabéticos.

EIXO: Monitoramento e Avaliação

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados.

Detalhamento da ação: Para poder alcançar uma melhora na atenção dos usuários hipertensos e diabéticos se aumentará o tempo de consulta à 30min, se vigiará o prontuário e a ficha espelho do usuário semanalmente. Garantindo que sejam cumpridos todos os passos estabelecidos nos protocolos de atenção. Esta atividade estará a cargo do médico da equipe.

EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos; Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais; Dispor de versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde; Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos; Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; Garantir a solicitação de exames complementares; Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo; Estabelecer sistemas de alerta nos exames complementares preconizados; Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: se distribuirão o trabalho da seguinte maneira: Enfermagem: realizarão medida de PA, medida de HGT, medidas antropométricas, atividades de promoção e prevenção. Médico: Realização de Anamnese e exame físico completo, avaliação de risco, imposição de tratamento médico, atividades de promoção e prevenção, confirmar medidas de PA e HGT quando precisado. Nutricionista: Realizar avaliação nutricional, recomendar alimentos que podem consumir. Odontólogo: Realizar exame odontológico. Técnico em Odontologia: Acolher as principais queixas odontológicas dos usuários.

Realizar-se-ão duas atividades de capacitação para a totalidade dos integrantes das equipes de saúde, dirigida uma aos médicos e outra às enfermeiras para o conhecimento pleno dos protocolos de atenção a hipertensão arterial e diabetes. A atividade estará sendo coordenada pelo Departamento de Educação continuada da Secretaria de Saúde. Posteriormente na UBS se realizará atividade para o resto da equipe, que será no marco da reunião semanal.

Realizar-se-á uma atividade de atualização sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus uma vez por ano, sendo que a primeira já foi realizada e esteve coordenada pela Secretaria de Saúde, destinada a médicos e enfermeiras, os quais uma vez atualizados reproduzirão a informação a toda equipe da UBS.

Deve ser realizada no âmbito da UBS pelos profissionais que participaram previamente na atualização coordenada pela Secretaria de Saúde a semana seguinte a sua atualização. A primeira atualização está pautada para a primeira semana de junho.

Se fará lista onde se priorizem os casos mais complicados, se exporá cada caso semanalmente à secretaria de saúde, a qual agenciará a consulta e seu retorno no transcurso de um mês de acordo com a gravidade da situação. Esta atividade estará coordenada pela técnica encarregada de agendamentos, na mesma se utilizarão ficha de encaminhamento e contra referência. O nível de prioridade será estabelecido pelo médico e marcado na ficha de encaminhamento para evitar situações confusas no momento do mesmo.

EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares; Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares; Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento da ação: reforçar as atividades de promoção e prevenção durante a consulta (em cada consulta, se realizará uma atividade educativa individual). As atividades dos grupos estarão dirigidas fundamentalmente a ensinar aos usuários a conviver com sua doença, a se antecipar as complicações. Incorporar nas atividades comunitárias, atividades de promoção de estilo de vida saudáveis, incorporar a comunidade nas reuniões do conselho de saúde fará sugestões e propostas as

quais, serão avaliadas e aprovadas ou não, nas reuniões gerais da UBS em cada semana.

EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado; capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares; realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão; capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento da ação: Realizar uma atividade de capacitação na segunda semana do mês de Junho para reforçar os conhecimentos propedêuticos concernentes ao exame clínico do hipertenso e diabético. Capacitar aos agentes comunitários de saúde sobre como identificar os sintomas das principais complicações. Essa capacitação se realizará na terceira semana de junho e se utilizarão os recursos multimídias disponíveis. Será coordenada pelos médicos das equipes de saúde da UBS.

OBJETIVO ESPECÍFICO 3:melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados.

Detalhamento da ação: Cada médico escreverá na sua agenda e na folha de mapeamento de consultas o usuário faltoso, a cada segunda-feira, cada caso particular será avaliado na reunião de equipe e agendado visita domiciliar. Para que esta atividade fique com a qualidade suficiente o médico deverá detalhar minuciosamente, a cada ação realizada e escrever com clareza no prontuário de cada usuário.

EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento da ação: Mediante o preenchimento das fichas-espelho se vai ter um maior controle das consultas que tem cada usuário, e em parceria com os agentes

de saúde serão notificados, diminuindo as faltas nas consultas. Serão preenchidas pelo médico e enfermeira da equipe, confirmada pelos técnicos de apoio ao serviço.

EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos; organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento da ação: A cada segunda-feira, na reunião de equipe, se agendará visita domiciliar para a quinta-feira seguinte da mesma semana. Nesta visita se realizará atividade de promoção e prevenção, exame físico o mais minucioso possível, se revisarão todas as ações que deveriam ser realizadas na consulta que o usuário faltou e se realizará um contrato com o usuário para garantir que seja ele o mais interessado no mantimento da sua saúde.

Uma vez realizada a visita, se consertará um horário de acordo com a agenda do médico para a semana seguinte, onde se realizará a avaliação precisada e se avaliará o cumprimento do contrato por parte do usuário.

O agendamento da consulta se realizará de tal forma que entre o início do acolhimento pelo enfermeiro ou técnico, e o momento da consulta médica não transcorra mais de 10min. Exemplo: Se o usuário marca a consulta para às 09hs, deve chegar pelo menos 15min antes.

EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos); esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento da ação: a ação se realizará através do mural, reuniões do conselho local de saúde, propaganda radial, panfletos. Seguirá os mesmos parâmetros das atividades anteriores.

Uma equipe de duas pessoas composta por um técnico de enfermagem ou um odontólogo e um estagiário, realizarão diariamente, uma atividade de promoção com os usuários da sala de espera. Esta ação servirá para utilizar o tempo da espera numa atividade educativa, a qual o usuário aproveitará sentindo que não perdeu seu tempo. Serão utilizados para essa atividade jogos, palestras, entre outros.

A cada usuário individualmente se explicará o tempo entre uma consulta e outra, também se exporá no mural informativo e nas reuniões do conselho local de saúde e em todas as atividades de promoção da comunidade. O médico se encarregará de informar durante a consulta. As estagiárias ficarão encarregadas de manter as informações do mural atualizadas.

EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento da ação: Se realizará durante o treinamento da segunda semana de Junho, durante as reuniões de equipe semanal, se dedicará 15min para intercâmbio de ideias sobre o tema. Para a mesma, se utilizará as informações dos protocolos, assim como, literatura obtidas de fontes “verdadeiras”. A atividade estará a cargo da enfermeira da equipe. A primeira se realizará na terceira semana de junho e será planejada a cada três meses. Terá uma coordenação compartilhada entre os médicos e as enfermeiras das equipes. Para esta ação, se investigará literatura concernentes à atenção humanizada e sobre trabalho coletivo.

OBJETIVO ESPECÍFICO 4: melhorar o registro das informações

EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados

Detalhamento da ação: Revisando os registros dos usuários agendados antes da consulta para avaliar possíveis dados faltantes e depois, na reunião de equipe, para garantir o preenchimento das informações novas. O monitoramento se realizará continuamente, sendo que os usuários que sejam atendidos devem ser monitorados na mesma semana.

EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Manter as informações do SIAB atualizadas; Implantar planilha/registro específico de acompanhamento; Pactuar com a equipe o registro das informações; Definir responsável pelo monitoramento registros; Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não

realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento da ação: se preencherão as novas informações imediatamente depois da consulta. Esta atividade estará a cargo das técnicas de enfermagem de cada equipe.

A planilha será preenchida com as informações obtidas durante as intervenções de consulta e visitas domiciliares (VD) realizadas. Esta planilha deve ter toda a informação saída dos atendimentos, assim como, as ações a seguir com o usuário.

As informações gerais serão preenchidas pelo enfermeiro e enfermagem durante o acolhimento da consulta ou da VD. O concernente a atenção médica será preenchido pelo médico durante a consulta. O concernente ao atendimento pelo Nutricionista, Odontólogo, Fisioterapeuta e retornos de especialistas, serão preenchidos pelos mesmos no prontuário do usuário e dali, será passada a informação às fichas correspondentes pelas técnicas de enfermagem.

Será uma responsabilidade compartilhada entre todos os membros da equipe, o monitoramento se realizará durante a reunião semanal da equipe. Esta ficha será preenchida pelo médico da equipe, que explicará com luxo de detalhe o motivo do uso da medicação. O monitoramento da mesma será realizado pela técnica encarregada da farmácia.

Para esta ação, se realizará uma planilha-síntese à atenção, onde serão identificados todos os focos da atenção que foram cumpridos e os que ficaram pendentes. A mesma será preenchida semanalmente na reunião da equipe e terá uma coordenação coletiva de todos os integrantes da equipe.

EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento da ação: Esta ação será realizada em todos os cenários da atenção, na consulta pelo médico, o profissional em questão, e de maneira especial durante as atividades grupais e comunitárias que se realizem. Coordenada pelo profissional de cada atividade.

EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso; capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento da ação: Toda a equipe e os agentes de saúde serão capacitados para o preenchimento dos formatos necessários para o cadastro. Também em referência aos protocolos atuais de diabetes e hipertensão, mas será reforçado durante a intervenção nos momentos de reunião de equipe.

OBJETIVO ESPECÍFICO 5: mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados

Detalhamento da ação: Todo usuário, durante a sua consulta, deve ser realizado estratificação do risco, aquele usuário identificado na ficha de síntese sem realização de estratificação de risco, será reagendado imediatamente para a semana seguinte, com o conhecimento prévio do usuário. Este será um monitoramento coletivo coordenado pela enfermeira da equipe.

EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento da ação: Mediante as fichas-espelho serão efetuadas as classificações para os controle de risco cardiovascular, tendo uma informação certa de cada usuário, e procurando através da busca ativa que os usuários tenham vigente sua classificação.

EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento da ação: A cada semana, se dedicará duas vagas de atendimento por cada médico por dia para usuários de alto risco, dito agendamento, deve ser pautado previamente com o usuário e terá duração de 40min no qual, se realizará consulta integral com o odontólogo e o nutricionista. Caso seja necessário novo agendamento, se planejará imediatamente.

Se agendará uma VD a cada três meses com o objetivo de avaliar o seguimento por parte do usuário do previsto na consulta anterior (adesão ao tratamento, controle nutricional, adesão a atividades físicas). Poderá ser realizada tanto pelo médico, quanto pela enfermeira ou qualquer membro da equipe que se designe.

EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular; Esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (por exemplo, alimentação).

Detalhamento da ação: Durante o processo de acolhimento e consulta, o usuário deve ter conhecimento pleno e informação sobre sua condição e a necessidade de estimular medidas de prevenção. Estas orientações se complementarão nas atividades de grupo e outras atividades de promoção e prevenção, de maneira similar as outras atividades de orientação. Os espaços utilizados serão os habituais: acolhimento, consulta, Grupos, atividades comunitárias, também se orientarão pelos murais e panfletos a igual que as outras atividades, estarão envolvidos todos os integrantes da equipe.

EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para realizar a estratificação de risco segundo o Escore de Framingham ou lesões em órgãos alvo; Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação; Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento da ação: Se realizará durante a capacitação do pessoal da segunda semana de Junho e durante as atividades de capacitação continuadas. Se utilizarão os protocolos de atendimento, assim como, outras literaturas com qualidade científica provada fazendo o uso dos instrumentos de multimídia, para sua organização.

OBJETIVO ESPECÍFICO 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

EIXO: MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ação: Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e/ou diabéticos com o dentista; monitorar a realização de orientação nutricional aos

hipertensos e/ou diabéticos; monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos; monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento da ação: Todo usuário deve realizar consulta integral médica, de Enfermagem, nutricional e odontológica no mesmo dia, quando isso não seja possível, se agendará imediatamente para a semana seguinte. Os usuários que não tiverem realizada a consulta serão identificados pela planilha de síntese. Coordenada pelo médico e a enfermeira da equipe. Nesta atividade estarão envolvidos o médico, odontólogo e nutricionista.

Todo usuário durante o acolhimento e a atenção dos diversos profissionais terá um espaço para a promoção de atividade física, a qual será identificada e preenchida nas fichas para ser observadas e avaliadas por todo o profissional que precisar. Aqueles usuários nos quais não se realizarem atividades, serão identificados pela planilha de síntese.

EIXO: ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ação: Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso; Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico; Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários; Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso; Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável; Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade; Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física; Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade; Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”.

Detalhamento da ação: A agenda do odontólogo será organizada pela mesma pessoa que organiza as agendas dos médicos e da nutricionista, isso é para garantir o seguimento adequado de cada usuário individualmente e a atenção integral dos mesmos. A cada avaliação odontológica durante a sua evolução, realizará a classificação de risco e exporá o tempo que ele considera que deve realizar a próxima consulta, a qual será agendada, de acordo com a solicitação do odontólogo. O nutricionista participará em todos os grupos da quinta-feira, único dia que assiste no horário matinal. Os técnicos de enfermagem em conjunto com os ACS e em

parceria com preparadores físicos e fisioterapeutas farão as atividades a cada 15 dias. Realizar de acordo com o gestor sobre a compra do medicamento para cada usuário que, participando no grupo de tabagista, decida parar o hábito (já executado). Priorizar no tratamento aos usuários hipertensos e diabéticos.

EIXO: ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ação: Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde; Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista; Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável; Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular; Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular; Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento da ação: Para esta ação, se utilizarão todos os espaços disponíveis (acolhimento, consultas, atividades grupais, mural informativo, panfletos, atividades comunitárias). A fim de mobilizar a comunidade em prol de seu empoderamento, assim como práticas que melhorarão sua qualidade de vida. Ficará sob a responsabilidade da equipe, de acordo com as ações dispostas anteriormente.

EIXO: QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ação: Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuário hipertenso; capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável; capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular; capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas; capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento da ação: A secretaria municipal de saúde, na pessoa de seu gestor, se comprometeu que fará a qualificação de nossa equipe, com objetivo de poder ofertar um atendimento mais integral, e evitar o deslocamento dos usuários para outras UBS com objetivo de serem avaliados. Estas capacitações serão reforçadas mensalmente pelo médico e enfermeira da equipe para que esta ação não seja apenas pontual, mas perdure enquanto rotina nas reuniões de equipe.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1 Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência do programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da Unidade de saúde.

Indicador 1.1. 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 1.2 Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência do programa de atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da Unidade de saúde.

Indicador 1.2. 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.

Relativa ao Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

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

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o 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 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o 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 2.3 Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

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

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

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

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

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamento da farmácia popular para 100% dos hipertensos.

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

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

Denominador: Número de cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6 Priorizar a prescrição de medicamento da farmácia popular para 100% dos diabéticos.

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador 2.8. 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.

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

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na Unidade Básica de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Meta 3.2 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na Unidade Básica de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. 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.

Relativa ao Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Indicador 4.2. 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.

Relativa ao Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Indicador 5.2. 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.

Relativa ao Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Indicador 6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.2. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3 Garantir orientação em relação á pratica regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção, utilizaremos o protocolo de atenção ao usuário diabético, Protocolo de atenção a Hipertensão Arterial (Ministério de Saúde, 2006). Após liberação para implementar a intervenção proposta e detalhada anteriormente, pelo comitê de ética e pesquisa (Anexo A). As informações serão registradas Planilha de coleta de dados (Anexo B) na ficha espelho (Anexo C) de atenção ao diabético e ao hipertenso, fornecidas pela Secretaria de Saúde e desenvolvida pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, na qual, se leva registro de consulta clínica, que inclui: medidas antropométricas, estratificação de risco, exame clínico completo, orientações de atividades físicas, nutricionais, tabagismo, medicações em uso, fluxograma de exames laboratoriais. Como a ficha espelho não possui registro de segmento dos grupos, será criada uma ficha de controle e seguimento das atividades grupais, onde se registrem os resultados obtidos durante o desenvolvimento dos mesmos, individual e coletivamente. Será criada a ficha de síntese do atendimento, para uso dos integrantes da equipe de saúde, na qual, se realizará consolidado semanal dos atendimentos, onde serão registradas todas as ações do atendimento, segundo o estabelecido nos protocolos. Essas ações, serão marcadas como “sim” se foram realizadas e como “não” se estiverem pendentes de realizar e servirá para tomar medidas no curto prazo com as atividades não realizadas. O controle do uso dos medicamentos preconizado pelo Ministério, se levará através de controle eletrônico da farmácia. Os usuários com outros medicamentos serão registrados na ficha espelho à caneta no quadro pertencente a medicações de uso contínuo.

Para organizar o registro específico, o médico e a enfermeira revisarão o cadastro de todos os usuários cadastrados no programa e que assistiram a consulta nos últimos 3 meses, procedendo a revisar os seus prontuários e a passar a

informação, a ficha espelho e outros instrumentos. Se o usuário não estiver atendido de acordo com o estabelecido, se procederá a priorizar o seu agendamento para nova consulta nos próximos 15 dias. No caso daqueles usuários cadastrados que não tiverem consulta nos últimos 3 meses, se procederá a agendar consulta nos 2 meses seguintes, de tal modo, que ao fechar o 2º mês da intervenção, todos os usuários cadastrados, tenham realizado a sua primeira consulta e se incorporado ao programa. Simultaneamente, os agentes comunitários de saúde, identificaram da ficha familiar, todos aqueles usuários com diagnóstico de hipertensão ou diabetes, aqueles que não estejam cadastrados nos programas, se agendará consulta ou visita domiciliar e lhe cadastrar. O médico se encarregará de cadastrar aqueles usuários que foram diagnosticados durante a atenção de demanda espontânea ou consulta agendada de adulto. Para melhorar o acolhimento dos usuários portadores de HAS e DM, se ampliará o número de salas de acolhimento de uma para duas salas, composta por uma enfermeira e 2 técnicos e se criará uma equipe de promoção de saúde durante a espera, composto por uma técnica de enfermagem ou odontologia e 2 estagiários. Para garantir material adequado para tomada de pressão arterial, se procederá a solicitar da Secretaria de Saúde um esfigmomanômetro, um estetoscópio e um aparelho de hemoglicoteste com suas respectivas fitas para cada equipe de acolhimento e para cada médico. Esta tarefa ficará a cargo da gerência da UBS (cumprida). Para melhorar a atenção médica, otimizando a qualidade da consulta de acordo com os parâmetros de atenção segundo o programa, se procederá a aumentar o tempo de consulta para diabéticos e hipertensos de 15min a 30min, durante os quais, se realizarão todas as pesquisas de acordo com as indicações do programa.

Como já foi decidida pelas equipes, a definição do foco da intervenção para seu início se realizará a capacitação sobre o protocolo de atenção à Hipertensão Arterial e o protocolo de atenção de Diabetes Mellitus. Essa capacitação será realizada durante a primeira hora do horário destinado à reunião geral da UBS, onde o conteúdo será exposto pelos médicos através de apresentação de acordo com a perspectiva de cada um, para isso, vamos dispor de um computador e um projetor de imagens, previamente, se entregará a cada membro da equipe, um exemplar de protocolo para que seja estudado e que cada pessoa, possa levar a sua própria proposta. Este espaço de tempo no início de cada reunião, uma vez finalizado, a capacitação sobre o protocolo se realizará às demais capacitações concernentes às

outras ações as intervenções. Serão priorizadas as capacitações sobre elementos essenciais da boa prática no acolhimento e na consulta médica. A capacitação concernente à boa prática de acolhimento, traz consigo várias técnicas de comunicação às quais serão abordadas pela especialista em trabalho social da unidade. Necessidades: Projetor, computador, material didático, papelaria, tela de projeção.

Aproveitando que há dois anos a UBS vem trabalhando com grupos de hipertensos e diabéticos, usaremos esse cenário para apresentar o projeto, como os integrantes dos grupos já estão avançados no conhecimento da importância do controle dessas doenças, solicitaremos seu apoio para divulgar a informação entre a população, convidando os mesmos a procurar algum membro da equipe de saúde seja ACS, enfermeiro, técnico ou médico para se incorporar ao programa. O cenário dos grupos de trabalho de hipertensão e diabéticos será fundamental para o engajamento público durante todo o transcurso da intervenção. No mesmo, se identificará os usuários com maior adesão às práticas saudáveis tratadas nos grupos, os quais se converterão em multiplicadores dos conhecimentos na comunidade. Para melhorar o engajamento da população e a assimilação das orientações serão incorporadas técnicas novas, como: teatro, jogos, troca de experiências, etc. A atividade de grupo será monitorizada pela especialista em trabalho social e uma técnica de enfermagem.

Para dar saída ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção de hipertensos e diabéticos, serão definidas as atribuições de cada membro da equipe. Será função da Enfermeira, realizar medidas antropométricas (peso, estatura, circunferência abdominal), medida de pressão arterial, medida de HGT. O médico realizará exame clínico geral, estratificação de risco, imposição de medicamentos, avaliação de complicações, etc. Durante a consulta médica se realizarão grande parte da avaliação do risco, as situações identificadas que não sejam resolvidas durante a consulta, serão levadas as reuniões de equipe para buscar saídas adequadas. O Nutricionista realizará avaliação nutricional em conjunto com o médico e o odontólogo realizará avaliação odontológica. A periodicidade da atualização dos profissionais se realizará anualmente, posterior à revisão dos protocolos pela Secretaria de Saúde. A secretaria disponibilizará de um exemplar do protocolo para cada equipe de saúde. Realizar-se-á reunião entre a secretaria de saúde e os especialistas para abordar o tema da priorização de consultas

especializadas, as quais ocorrerão no transcurso do mês seguinte ao seu encaminhamento. Os exames complementares serão realizados nos seguintes dias: Segunda-Feira, Terça-Feira e Sexta-Feira, na UBS e os resultados serão disponibilizados mais tarde, ou seja, 72hs após a coleta da amostra. Aqueles exames complementares catalogados de urgência pelo médico serão disponibilizados no mesmo dia da consulta através da rede de e-mail da secretaria de saúde. A consulta para reavaliação dos exames complementares será realizada entre às 24hs seguintes a uma semana de acordo com a gravidade do caso. O agendamento da consulta de avaliação estará a cargo da enfermeira da equipe.

O controle de estoque e registro de necessidades de medicamentos se realizará mensalmente e estará a cargo da técnica de farmácia. Aqueles casos, que por determinada situação necessitem de algum medicamento que não exista no estoque da Farmácia Popular, será suprido através de abertura de processo de solicitação, cuja resposta, estará disponível na semana seguinte a solicitação. Esta ação estará a cargo da oficina de atenção ao Cidadão da Secretaria de Saúde. As atividades orientadoras ao usuário e a comunidade, estarão em todos os momentos da atenção. Na sala de espera no primeiro horário se realizará atividade educativa a qual, estará a cargo de uma técnica de enfermagem ou uma técnica de odontologia, acompanhada sempre por duas estagiárias. Durante o processo de acolhimento, a enfermeira reforçará com temas de promoção e prevenção, durante a consulta, o médico orientará de acordo com os achados. Nas atividades de grupo, a ação se distribuirá para cada um dos membros da equipe. Para essa ação precisaremos de 3 murais, panfletos, 2 computadores, 1 projetor, etc. O monitoramento desta ação estará a cargo do médico e da enfermeira da equipe de saúde, estes instrumentos já estão em existência na nossa UBS .

O monitoramento da periodicidade das consultas estará a cargo da enfermeira da equipe. A mesma procederá a contatar a cada usuário que o médico identifique como faltoso, no mesmo dia de sua falta e informará ao agente comunitário da área para que planeje uma visita domiciliar, identifique a causa da falta e planeje uma VD da equipe para a semana seguinte. Uma vez realizada a VD, se deixará agendado o horário da próxima consulta para a semana seguinte. Para esta atividade precisaremos de computador, locomoção disponibilizada pela Prefeitura na Quarta e Quinta-Feira de cada semana, papelaria, telefone da UBS. O

tempo de espera do usuário diminuirá agendando com 15min de antecipação da consulta para o acolhimento.

O registro das informações é um ponto álgico para garantir o resultado da intervenção. A planilha de registro será disponibilizada pela secretaria de saúde, o registro das informações será realizado de maneira rotativa pelos membros da equipe e será monitorado pela enfermeira da equipe semanalmente, quem registrará as situações de alerta na ficha de síntese e levará a discussão na reunião de equipe seguinte. Para esta atividade necessitamos computador, papelaria, canetas e lápis.

As atividades de promoção estão incorporadas em todos os momentos da atenção ao usuário, diga-se acolhimento, atividades de grupo, consultas, etc., pelo que já foram planejadas nesses incisos.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

No início da intervenção tivemos reunião com a equipe da UBS onde se falou da estrutura do plano estratégico, as atividades que seriam desenvolvidas por cada pessoa em relação às suas responsabilidades dentro da equipe. Para isso houve a necessidade de capacitar a equipe sobre a boa prática do acolhimento para usuários diabéticos e hipertensos e sobre a realização do hemoglicoteste. O encontro da equipe contou com todos os integrantes, exceto a nutricionista, a qual não trabalha as segundas feiras, no entanto, ao lhe apresentar o projeto, aceitou em ser parte ativa no mesmo, nesta capacitação tomamos um tempo para lembrar as atribuições que cada membro da equipe ia ter no percurso da intervenção (esta decisão já tinha sido tomada previamente).

A Capacitação dos agentes comunitários de saúde para o cadastramento e medida de pressão de forma criteriosa: Ambas as capacitações foram bem acolhidas pelo pessoal, no caso da capacitação aos ACS participaram 100% dos mesmos. As capacitações das semanas seguintes tiveram similar acolhida por parte da equipe de trabalho da UBS. As mesmas foram desenvolvidas segundo o estabelecido no cronograma. Também muito efetiva a ação de organizar as visitas domiciliares para a busca de usuários faltosos

No que se refere à melhoria da qualidade do acolhimento, nos primeiros momentos da intervenção, nossa maior dificuldade radicou no bom procedimento de acolhimento, sendo que a maioria dos usuários chegou até o médico sem as medidas de sinais vitais e medidas antropométricas, o que determinou um atraso na consulta médica. Na verdade, visto que não conseguimos balanças para cada consultório, esta atividade se viu bastante dificultada.

Mesmo assim, focamos na melhoraria das consultas médicas de acordo com o protocolo, que de início, foi difícil aos demais colegas médicos de se adequar a realização de todos os passos que requer o protocolo de atenção, o que faz com que a gente tivesse que revisar um por um os prontuários dos demais profissionais para arrumar as situações saídas de cada atendimento e garantir que os usuários ficassem cadastrados adequadamente e com todos os passos completados. Já neste mesmo momento se percebeu a maior barreira que estaria presente ao longo de toda a intervenção ao não se atingir a meta de cadastramento pautada: cadastrar

3.5% do total de diabéticos e hipertensos, e de garantir agendar 100% dos usuários faltosos. Quanto à situação com os demais colegas, fizemos uma reunião para expor o assunto sendo que os mesmos se comprometeram com o nosso projeto e a meados da terceira semana já estávamos acoplados para facilitar o desenvolvimento do projeto.

A Garantia de material adequado para realização de hemoglicoteste foi tranquila, visto que no início da intervenção, tínhamos na UBS suficientes aparelhos de hemoglicoteste, apresentavam-se dificuldades com vários insumos, procedemos a solicitar da secretaria de saúde apoio com vários aparelhos, entre eles peças com altímetro, fitas métricas entre outros. A nossa solicitude tardou para ser respondida e não foi até meados da nona semana quando recebemos os equipamentos solicitados que melhorou completamente a situação.

Também foram trabalhados durante a intervenção três grupos de tabagistas e os grupos de hipertensos e diabéticos, devido a inconveniente com o fornecimento dos adesivos e medicamentos por parte da prefeitura, o grupo de tabagistas foi suspenso em duas ocasiões, mas felizmente depois de vários inconvenientes, ao fim pudemos finalizar dois grupos e o terceiro ainda ao final da intervenção está em curso, o resultado positivo dos grupos de tabagista foi um dos maiores logros da UBS sendo que mais de 63% pararam ou diminuíram o consumo de tabaco após as intervenções.

Quando focamos no monitoramento, apesar dos primeiros avanços da intervenção foram em termos quantitativos, nas primeiras semanas o tópico como exame físico, avaliação de risco cardiovascular, exames complementares e avaliação nutricional, a parte qualitativa destes tópicos nos primeiros momentos da intervenção foi preocupante para a equipe. Assim como aconteceu com os faltosos atrair os usuários, que costumavam até o momento só acudir para renovação de receitas, foi de início tarefa quase quimérica, para diminuir o efeito realizamos uma série de atividades de promoção tanto nos grupos de hipertensos e diabéticos quanto a traves de agentes de saúde dos usuários mais achegados ao serviço. Outro cenário utilizado a sua máxima potência foi às atividades comunitárias em número de três durante toda a intervenção. Desenvolvidas na própria UBS junto com a equipe de saúde a fim de empoderar os sujeitos envolvidos no projeto.

À medida que passaram os primeiros dias, e o espírito de colaboração e o engajamento da equipe foi-se dinamizando ao ponto que passadas as primeiras três

semanas, o processo de atenção foi muito mais ativo também para as visitas domiciliares, apesar de ter tido os primeiros faltosos consultados, a grande maioria deles foram agendados para dentro dos próximos 15 dias. Foi este um processo lento e complicado já que muitos usuários não possuem o costume de assistir rotineiramente o atendimento médico para melhorar este ponto recorreremos à estratégia de aumentar as visitas domiciliares e direcionar as mesmas a aqueles usuários que se negavam a assistir, e a aqueles com alguma situação física ou psicológica que impedia acudir a UBS.

Durante a intervenção foram realizadas três revisões do estoque de medicamentos, organizando os mesmos de acordo com a data de vencimento, isto para diminuir a quantidade de medicamentos vencidos. As mesmas foram bem-sucedidas já que e pautado pela secretaria de saúde realizar uma revisão mensal e duas revisões gerais tutoradas por funcionários da secretaria ao ano, pudemos observar que e esta uma das áreas de nossa UBS que e cuidada com mais ciúmes pelos funcionários.

Outro ponto planejado e realizado foi solicitar a secretaria de saúde, a agilização das consultas especializadas com a nossa população alvo na intervenção, esta solicitação foi negada desde o início ao se alegar que não era possível priorizar a nossa UBS por adiante das demais, já que isto atentava contra os princípios básicos do SUS. Contudo, com o decorrer do tempo a agilização aconteceu em todo o sistema ao se inaugurar um novo sistema municipal de seguimento de consultas, o qual priorizava os casos segundo gravidade e necessidade de atenção.

A parte mais difícil do processo durante toda a intervenção foi o preenchimento da ficha espelho, já que para que ficasse com a qualidade necessária, deve ser realizado um minucioso trabalho de avaliação do histórico do usuário no seu prontuário. Um grande problema identificado durante o processo tem sido a discordância de algumas informações entre a ficha do programa e os medicamentos prescritos no prontuário, o que nos levou a ter que identificar qual das duas era a informação veraz. Quanto ao atendimento odontológico e da nutricionista, dado que os mesmos são bem identificados nos prontuários não foi necessário realizar maiores ajustes. Durante as primeiras semanas as fichas eram fornecidas pela secretaria de saúde, mas ao início da quarta semana fomos informados da impossibilidade de continuar com o fornecimento, já que isto constituía um gasto importante, dado a quantidade de médicos que estavam realizando a intervenção

em diversas UBS. Dado que a situação não podia deter a intervenção, procedemos a comprar uma impressora e papel, e confeccionamos as fichas por conta própria. Garantindo a continuidade da intervenção e informações à comunidade através de panfletos, atividades sociais e comunicação direta sobre a existência do programa de atenção à hipertensão e diabetes na UBS Mariani.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Em geral todas as ações planejadas foram desenvolvidas segundo o cronograma. Só algumas mudanças na quantidade e no tempo de execução foram efetuadas. A UBS sofreu um pouco com implementação do cadastro a 60% de diabéticos e hipertensos, pois desde o início mesmo da intervenção já observamos a grande dificuldade que teríamos para cumprir a nossa meta de cadastrar 60% de diabéticos e hipertensos. Nas primeiras semanas devido aos inconvenientes antes citados o progresso foi muito inferior ao que corresponderia para completar estas cifras, isto levou-nos a realizar vários ajustes como incorporar os agentes comunitários de saúde ao processo, a grande ajuda chegou desde os mesmos colegas médicos quando se incorporaram de maneira integral ao projeto, sendo que para mediados da intervenção o salto foi tão importante que por primeira vez pensamos na possibilidade de chegar até a meta proposta, na medida em que avançamos na mesma a pesar de um ganho qualitativo superlativo, a quantidade de usuários foi diminuindo sendo que ao final da intervenção só foi possível chegar aos 42,7% (1624) de hipertensos e 51,1% (479) de diabéticos. Entre as causas desta situação identificamos: uma grande parte da população trabalhista da área realiza seu seguimento na UBS, a qual tem horário estendido até às dez horas da noite para este tipo de população especificamente. Também temos uma proporção de moradores que por possuir planos de saúde preferem o atendimento nos mesmos.

Então, quanto à boa prática do exame clínico aos usuários, vários foram os inconvenientes acontecidos, de início não possuíamos quantidades suficientes de balanças, fitas métricas, glicômetros entre outros pelo que de início todos os médicos tinham que depender basicamente da avaliação do nutricionista que era a única da equipe com todos os equipamentos na sua consulta, procedeu se a solicitar a secretaria de saúde o fornecimento dos mesmos e não foi até mediado da intervenção que finalmente recebemos a respostas com três balanças o início e vários glicômetros, fitas entre outras coisas. Inicialmente o processo de exame

clínica e exames laboratoriais foram um tanto lento, sobre tudo porque de início o laboratório clínico ao não compreender o projeto planteado, foi necessário realizar uma reunião e finalmente acordaram liberar os resultados dos mesmos até o dia seguinte da toma de mostras. Isto permitiu que o usuário sentisse uma melhoria significativa na qualidade da atenção. Ao final da intervenção o cento por cento dos nossos usuários esteve com exames físicos e laboratoriais em dia e pelo tanto todos tiveram avaliação de risco cardiovascular.

Então podemos finalizar com a asseveração de que ao final da intervenção não foi possível completar os 60% de cadastramentos planejados como meta para os hipertensos, mas apesar disso o ganho em qualidade compensou manifestamente esta parte e o engajamento da equipe com o novo estilo de trabalho permitiu assumir a responsabilidade de dar continuidade no tempo, ainda sabendo de que o trabalho vai ser melhor, mas ao mesmo tempo vai ser mais gratificante ao se saber que os resultados melhoraram grandemente o bem estar da nossa população. Durante a avaliação final realizada pela equipe de trabalho da UBS, várias situações foram abordadas, se chegando à conclusão de que todo o processo foi exitoso apesar dos inconvenientes durante o percurso, sendo que realizamos o compromisso coletivo de manter a dinâmica de trabalho, reforçando áreas como os grupos de HAS e DM, tabagistas e Saúde Mental, prestando assim maior importância de que até agora se dava ao atendimento coletivo para assim ganhar além no atendimento individualizado dos usuários. Estas atividades serão reforçadas com as participações dos especialistas do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Referente à coleta e sistematização dos dados, no início foi um pouco complexo a utilização das fichas-espelho e o preenchimento das planilhas de coleta de dados específica da ação programática, devido ao fato de não ter costume a equipe de fazer seguimento contínuo dos prontuários de cada usuário e menos ainda de uma ação programática. Aos poucos, foram entendendo a vontade e importância de ter uma informação real da população alvo.

Para a realização da intervenção, foram utilizadas todas as ferramentas disponíveis, os prontuários individuais serviram para realizar a pesquisa inicial dos

usuários previamente cadastrados, além de que cada usuário novo cadastrado era aberto seu prontuário. A ficha espelho serviu para manter a organização e um controle mais estrito do seguimento de cada usuário, finalmente o controle dos resultados que semanalmente se produziam. A ficha-síntese na qual se realizou o resumo de todos os casos e se identificaram aqueles faltosos a alguma das atividades estabelecidas nos protocolos da ação, para de imediato reagendar atenção. Com esta ação, foram identificados os usuários que tinham alguma das ações do protocolo não cumpridas, para resolvê-las imediatamente.

Durante as 16 semanas foram registradas a situação de cada usuário nas fichas-espelho. Assim como um exame exaustivo de cada nome na planilha para certificar que não tinha nomes repetidos, dar baixa nas pessoas falecidas e completar dados faltantes. Quanto aos indicadores e metas propostas, alcançou-se um cadastramento de 42,7% (1624) dos hipertensos e 51,1% (479) dos diabéticos, aos quais se monitorou suas fichas, medicamentos, exames clínicos, físicos e a estratificação de risco, encaminhamos aos exames complementares, assim como para novos agendamentos e orientações sobre nutrição, atividade física, tabagismo e saúde bucal.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Devido aos bons resultados obtidos na intervenção ainda mais pelo novo jeito de trabalho e parceria estabelecida, pode-se dizer que estamos em uma nova UBS, quanto à organização e dinâmica de trabalho. A intervenção permitiu a integração da equipe e comunidades, este e o melhor alcance possível, atuando dentro dos princípios do SUS e fortalecendo as potencialidades latentes no ambiente de trabalho, com grande impacto na coletividade.

As ações desenvolvidas na intervenção serão mantidas na rotina do trabalho e sua ampliação para as outras ações programáticas. Só fazendo alguns ajustes e concessões com os gestores municipais, assim como o apoio incondicional. Portanto, as ações já estão incorporadas enquanto rotina na UBS Mariani com uso das fichas-espelho, prescrições dos medicamentos da farmácia popular, exames clínicos segundo o protocolo, uso constante da estratificação de risco e encaminhamos segundo as necessidades identificadas, assim como a operacionalização da agenda organizada e processos de educação por meio de

grupos prioritários, mas aproveitando as potencialidades dos grupos já implantados e estruturados na área adscrita.

Concluimos que assim como não houve ações não desenvolvidas, mas implementadas parcialmente, todas as ações estão postas enquanto rotina na UBS, sem rotular enquanto uma intervenção, provisória ou apenas visando uma meta. Mas pondo em prática o que de fato é proposto pela política de atenção básica do país.

4 Avaliação da intervenção

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são consideradas atualmente como duas epidemias dentre as doenças crônicas não transmissíveis, e em conjunto significam mais de 55% do total de doentes crônicos atendidos no âmbito da atenção básica. Segundo a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é definida como uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90mmhg). A HAS tem se constituído num grave problema de saúde pública tanto no Brasil quanto no mundo, sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos.

Além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, é fator de risco para doenças decorrentes de aterosclerose e trombose, que se manifestam, predominantemente, por doença isquêmica cardíaca, cerebrovascular, vascular periférica e renal. Em decorrência de cardiopatia hipertensiva e isquêmica, é também fator etiológico de insuficiência cardíaca. Déficits cognitivos, como doença de Alzheimer e demência vascular, também têm HAS em fases mais precoces da vida como fator de risco. Essa multiplicidade de consequências coloca a HAS na origem de muitas doenças crônicas não transmissíveis e, portanto, caracteriza-a como uma das causas de maior redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

O termo “Diabetes Mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (World Health Organization, 1999). O DM vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. A prevalência de DM nos países da América Central e do Sul foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011, mostram que a prevalência de diabetes

autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011.

Segundo os manuais brasileiros de Hipertensão e Diabetes Mellitus, os programas de atenção a ambas as entidades nosológicas envolvem uma série de atividades da atenção básica e de saúde pública que são prioritárias para realizar uma pertinente prevenção em todos os seus níveis (primária secundária e terciária). A promoção de saúde e a prevenção, constituem pilares fundamentais no âmbito da atenção básica, mudanças no estilo de vida, alimentação saudável, realização de exercícios físicos, as quais são indicadas a todos os usuários e são potenciadas ao máximo em usuários com risco elevado e em usuários já diagnosticados com estas doenças.

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus são doenças que apresentam vários aspectos em comum, pelo que o ministério de saúde estimula sua abordagem em conjunto. Dentre destes aspectos temos: Etiopatogenia: identifica-se a presença, em ambas, de resistência insulínica, resistência vascular periférica aumentada e disfunção endotelial; fatores de risco, tais como obesidade, dislipidemia e sedentarismo; tratamento não medicamentoso: as mudanças propostas nos hábitos de vida são semelhantes para ambas as situações; cronicidade: doenças incuráveis, requerendo acompanhamento eficaz e permanente; complicações crônicas que podem ser evitadas, quando precocemente identificadas e adequadamente tratadas; geralmente assintomáticas, na maioria dos casos; de difícil adesão ao tratamento pela necessidade de mudança nos hábitos de vida e participação ativa do indivíduo; necessidade de controle rigoroso para evitar complicações e alguns medicamentos são comuns (Brasil, 2012).

A intervenção na UBS Mariani tratou da melhoria da atenção a diabéticos e hipertensos na faixa etária de maiores de 20 anos e focalizou em 60% de todos os diabéticos e hipertensos da área de abrangência indistintamente à equipe pertenciam à UBS. Os resultados obtidos durante as semanas da intervenção focadas nestas duas doenças estão relatados a seguir.

4.1 Resultados

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde Mariani garantindo através de ações de prevenção e intervenções

curativas, aumentar o nível de vida e diminuir as complicações secundárias das mesmas.

Meta: 1.1. Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade básica de saúde Mariani.

Indicador 1.1: 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 básica de saúde.

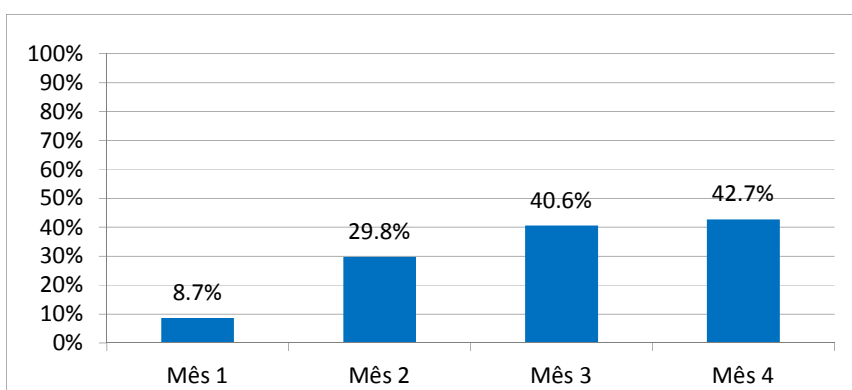


Figura 1 - Proporção de Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Na área adstrita à UBS existem aproximadamente 25.000 habitantes, dos quais a estimativa segundo o caderno de ações programáticas do Ministério da Saúde era de 3802 hipertensos. Deste total, participaram efetivamente 1624 hipertensos alcançando ao final da intervenção uma cobertura na área de abrangência de 42,7%, o que significa 17,3% a menos da meta estipulada. Durante as primeiras semanas o fluxo foi mais lento devido a que ainda a equipe não tinha tomado todas as previsões necessárias, mas a medida que avançou a intervenção foi ganhando em quantidade e qualidade, assim durante o primeiro mês foram atendidos 331 hipertensos (8,7%), já no segundo mês o crescimento no atendimento foi mais pronunciado, com 802 usuários atendidos, chegando então a cifra de 1133 usuários (29,8%). A partir do terceiro mês tivemos novamente uma diminuição do número de usuários atendidos, com 410 usuários nesse mês, chegando até um total de 1543 (40,6%). Já no quarto mês o atendimento foi de 81 usuários, para fechar com o total de 1624 usuários (42,7%) (Figura 1). A meta não foi atingida devida a

duas situações avaliadas pela equipe da UBS, a primeira é que uma pequena proporção da população o possui plano de saúde e preferem seu seguimento pelos mesmos, já a segunda é a prioridade por uma atenção especializada e direita. Outro elemento de dificuldade foi dado por aqueles usuários que ao trabalhar no horário diurno, recebem atenção na UBS subsequente (Reolón) a qual possui horário estendido até as 22h.

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade básica de saúde Mariani.

Indicador 1.2: 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 básica de saúde.

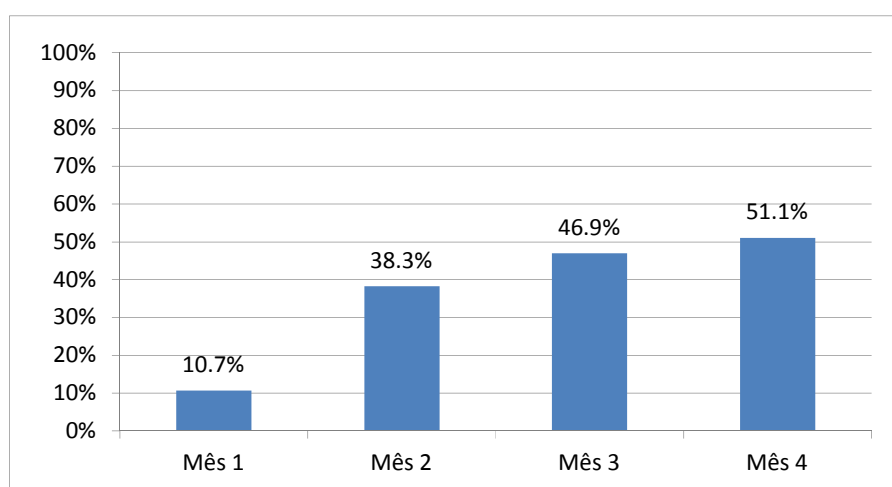


Figura 2 - Proporção de Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Segundo o caderno de ações programáticas o número de diabéticos maiores de 20 anos, era de 938 sendo a cifra de cadastramento projetada na meta de 60%. Durante o processo de iniciamos o primeiro mês com um cadastramento total de 100 usuários diabéticos (10,7%) durante o segundo mês da intervenção, ao igual que com os usuários hipertensos tivemos um avanço significativo, tendo um cadastro final de 259 usuários, para chegar a 359 (38,3%). Para o terceiro mês foram cadastrados 81 usuários, chegando então a cifra de 440 usuários (46,9%). Para

fechar a intervenção, no Quarto mês se cadastraram 39 usuários para chegar a cifra final de 479 usuários o que significa um alcance final de 51,1%, A meta não foi atingida devida a duas situações avaliadas pela equipe da UBS, a primeira é que uma pequena proporção da população o possui plano de saúde e preferem seu seguimento pelos mesmos, já a segunda é a prioridade por uma atenção especializada e direita. Outro elemento de dificuldade foi dado por aqueles usuários que ao trabalhar no horário diurno, recebem atenção na UBS subsequente (Reolón) a qual possui horário estendido até as 22h, os mesmos descritos para a meta anterior de Hipertensão Arterial (Figura 2).

Qualidade:

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos através de mudanças na realização dos exames clínicos de acordo com os parâmetros de atenção do programa do ministério, assim como garantindo a realização de exames laboratoriais, imposição de tratamento e otimizando a atenção odontológica do usuário.

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

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

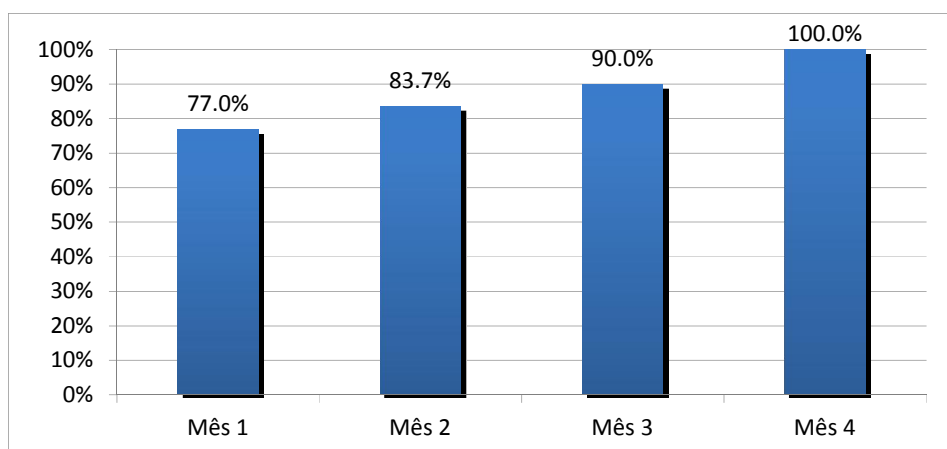


Figura 3 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

No exame físico do usuário com Hipertensão Arterial deve-se avaliar os pulsos carotídeos e o pulso dos 4 membros, a pressão arterial em ambos os membros superiores, com o usuário deitado, sentado e em pé, o peso (atual,

habitual e ideal) e a altura, com estabelecimento do Índice de Massa Corporal – IMC. As fácies podem sugerir doença renal ou disfunção glandular (tireoide, suprarrenal, hipófise), o pescoço para pesquisa de sopro em carótidas, turgor de jugulares e aumento da tireoide, a região precordial, o abdome, pela palpação (rins policísticos, hidro nefrose, tumores) e ausculta (sopro sugestivo de doença renovascular ou aórtica), o estado neurológico e o fundo-de-olho.

Para cumprir com este indicador, a equipe de saúde primeiramente realizou uma revisão extensa das pautas de atenção, segundo o estabelecido no programa de atenção ao diabético e hipertenso, o que determinou uma melhoria manifesta nos processos de acolhimento e atenção clínica dos mesmos, se revisou cuidadosamente a data da última avaliação.

Como se pode observar na figura, durante o início da intervenção a meta de qualidade na realização do exame físico não se cumpria os 100%, iniciamos com 77% (255 usuários de um total de 331 usuários atendidos), já no segundo mês da intervenção, essa cifra se elevou até 948 usuários, de um total de 1133 usuários, o que significa 83,7% do total de usuários atendidos até o momento. O terceiro mês a cifra foi elevada até 1389 com exame físico em dia de um total de 1543 usuários atendidos, representando esta cifra um 90%. Já para o quarto mês os 1624 usuários atendidos tiveram o exame físico realizado como o estabelecido segundo o protocolo. (Figura 3); dificuldade esta devida a impossibilidade dos colegas se adequar a realização de todos os passos que requer o protocolo, sem contar nos consultórios com todos os aparelhos necessários (balança, fita métrica, etc.), a medida que o gestor de saúde foi solucionando estes problemas e que as equipes da estratégia de saúde foram engajando-se com a intervenção, a meta foi aperfeiçoando-se. Fator importante na melhoria do indicador foi à incorporação dos usuários atendidos através de visitas domiciliares. Ao final da intervenção este indicador se cumpriu em 100%.

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

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

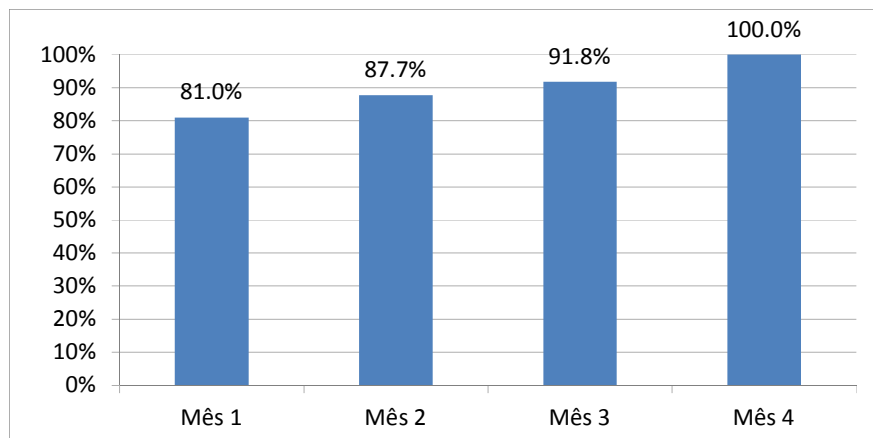


Figura 4 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Para conseguir este indicador foi necessário salvar as mesmas dificuldades que com o indicador anterior, no início tivemos 81 usuários com exames segundo o protocolo de um total de 100 usuários para uma cobertura de 81%, já no segundo mês da intervenção, essa cifra se elevou até 315 usuários, de um total de 359 usuários, o que significa 87,7% do total de usuários atendidos até o momento. O terceiro mês a cifra foi elevada até 404 com exame físico em dia de um total de 440 usuários atendidos, representando esta cifra um 91,8%. Já para o quarto mês os 1624 usuários atendidos tiveram o exame físico realizado como o estabelecido segundo o protocolo cumprindo-se esta meta em um 100%. Tanto o Diabetes Mellitus quanto a Hipertensão Arterial têm uma forte relação causal com o complexo peso-altura. A obesidade está intimamente relacionada com o aumento da pressão arterial e da resistência insulínica. Uma avaliação destes parâmetros deve ser realizada minuciosamente, o cálculo do índice de massa corporal (IMC), se realiza dividindo-se o peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros. Esse indicador deverá estar na maioria das pessoas, entre 18,5 e 25,0 kg/m². (Figura 4).

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

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

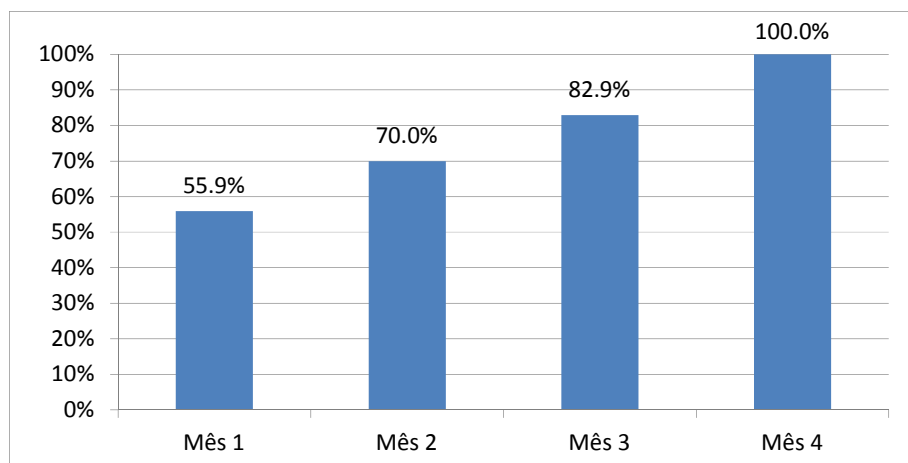


Figura 5 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Na UBS Mariani os exames laboratoriais são tomados três vezes por semana. A investigação laboratorial do portador de hipertensão arterial tem como objetivos confirmar a elevação da pressão arterial, avaliar lesões em órgãos-alvo, identificar fatores de risco para doença cardiovascular e comorbidades e diagnosticar a etiologia da hipertensão. Segundo o Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, a avaliação mínima do portador de HAS deve constar dos seguintes exames: urina (bioquímica e sedimento), creatinina sérica, potássio sérico, glicemia sérica, colesterol total e eletrocardiograma de repouso.

Como se observa na figura o indicador de exames complementares de acordo com o protocolo iniciou com um desenvolvimento lento, devido principalmente ao pouco costume da população a acudir a realização dos mesmos. Iniciamos com 55,9% (185 dos 331 usuários atendidos até o momento), para melhorar a participação dos usuários foi necessário realizar várias atividades educativas, assim como incorporar a colheita domiciliar em aqueles usuários que por sua condição lêm foi impossível se deslocar até a UBS para a realização dos mesmos, e assim como fomos aumentando paulatinamente, ao segundo mês aumentou a cifra a 70% (793 do total de 1133 usuários atendidos), já para o terceiro mês se alcançou a cifra de 82,9% (1279 de 1543 usuários atendidos até o momento) Ao final da intervenção no quarto mês a meta foi cumprida em 100% com os 1624 usuários atendidos com exames complementares em dia. (Figura 5).

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

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

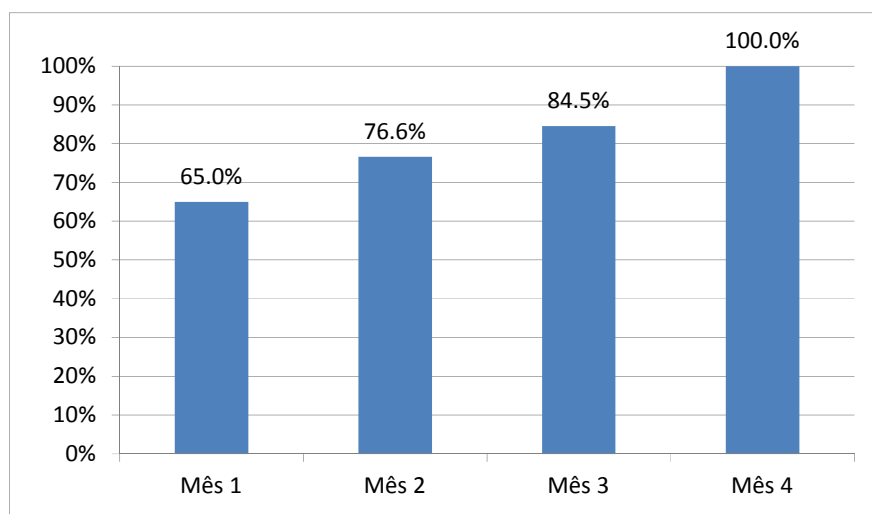


Figura 6 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Dois são os testes padronizados para o diagnóstico do Diabetes Mellitus: a glicose de jejum de 8-12 horas o qual é o teste básico para o diagnóstico, e o teste de tolerância a glicose realizado com medidas de glicemia nos tempos de 0 e 120 minutos, após a ingestão de 75g de glicose anidra (ou dose equivalente de 82,5 g de dextrosol). Para dar saída a este indicador se procedeu a um seguimento minucioso das indicações ministeriais ao respeito. No início as dificuldades foram similares as descritas anteriormente, se iniciou com 65 dos 100 usuários atendidos no primeiro mês com exames laboratoriais em dia (65%), no segundo mês esta cifra aumentou até 275 dos 359 usuários atendidos até o momento, o terceiro mês 372 dos 440 usuários atendidos tiveram exames em dia (84,5%), mas ao final da intervenção se conseguiu cumprir 100% da meta (Figura 6).

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

Indicador 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

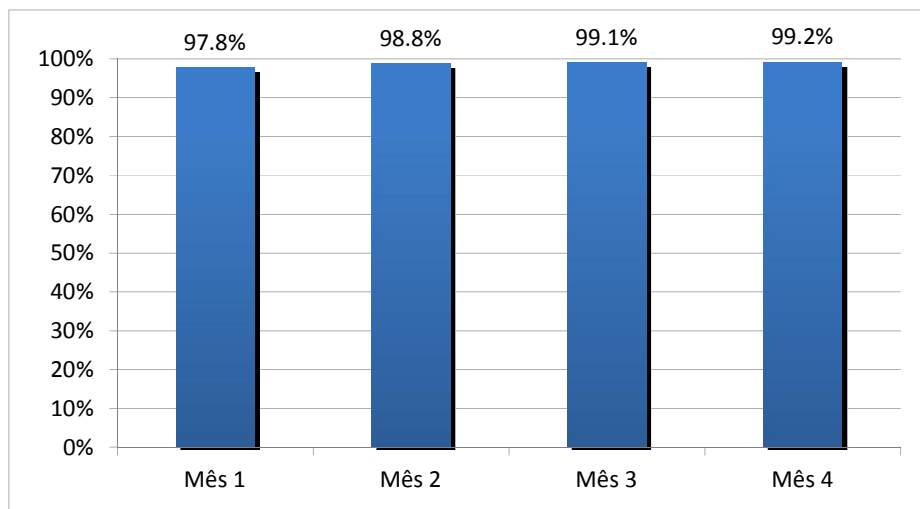


Figura 7 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Com as mudanças no cenário populacional dos últimos anos no país, o número de idosos e o aumento da expectativa de vida também dispararam significativamente, o que determinou isso foi o fato da mudança drástica do perfil de morbimortalidade da população brasileira com grande predomínio das doenças e mortes devidas às doenças crônicas não transmissíveis. Levando em conta este novo cenário o Governo Federal implantou na Estratégia Saúde da Família do Sistema Único de Saúde (SUS) a atenção ao hipertenso e diabético. Este Programa consiste no acompanhamento mensal dos usuários com Diabetes e Hipertensão e dispensação da medicação necessária para o controle destas patologias. (Lima, Gaia; Ferreira, 2012). A não adesão ao tratamento medicamentoso ou a utilização incorreta dos medicamentos apresentasse como a principal responsável pelas falhas no tratamento, pelo uso irracional de medicamentos e por agravos no processo patológico (Silva, 2013 apud Carvalho et al,2012). Na UBS Mariani, além dos medicamentos do programa, se disponibiliza de outros medicamentos subsidiados pela prefeitura do município Caxias do Sul o que se traduz numa maior e melhor qualidade no processo de seguimento dos usuários.

Na intervenção 1579 hipertensos (99,2%) receberam os medicamentos do SUS e 45 usuários (0,8%) receberam tratamento de outras farmácias (Figura 7). As principais razões para estas indicações foram: indicações estimadas necessárias pelos especialistas, má respostas ao tratamento com medicamentos do SUS. Uma mínima proporção de usuários preferiu medicamentos com nomes comerciais vinculados a uma suposta melhor qualidade segundo seus especialistas particulares.

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

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

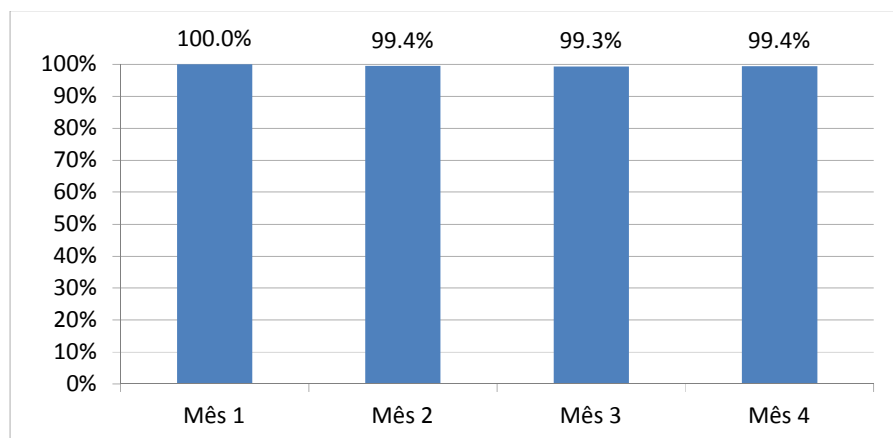


Figura 8 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Verificamos que 475 diabéticos (99,4%) receberam tratamento do SUS e 03 usuários (0,6%) receberam de outra farmácia, todos os que tomaram medicamento que não são do programa Hiperdia compartilham das mesmas razões que os portadores de hipertensão (Figura 8). Fato que justifica a permanência do indicador ao final da intervenção em 99,4%.

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

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

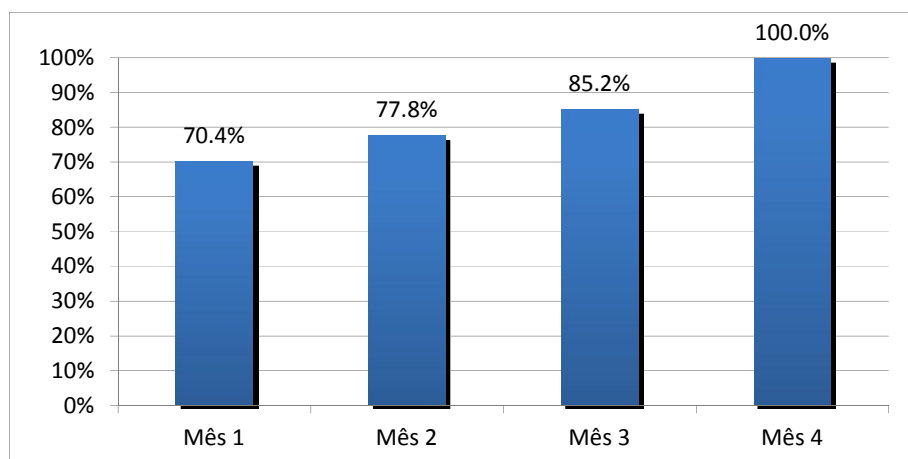


Figura 9 - Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Segundo as estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica do Ministério da Saúde, todos os profissionais da saúde devem orientar os portadores de Hipertensão Arterial para que consultem com o cirurgião dentista, com um encaminhamento de acordo com o fluxo de cada unidade de saúde em particular. Na UBS Mariani, a qual possui duas equipes de odontologia, se utilizam todos os espaços disponíveis para a orientação. Como se observa na figura no primeiro mês da intervenção, só 70,4% (233 de 331) dos usuários tiveram orientação documentada nos prontuários, isto devido inicialmente a que uma parte da equipe de trabalho da UBS foi modificada, chegando novos integrantes os quais no início, ao desconhecer o trabalho em seguimento, não levavam a rotina proposta. Esta situação foi solucionando-se paulatinamente e já no segundo mês esta cifra aumentou até 77,8% (882 de 1133 atendidos), no terceiro mês se aumentou a cifra até 85,2% (1315 do total de 1543) ao final do quarto mês 100% deste indicador (1624) foi cumprido (Figura 9).

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

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

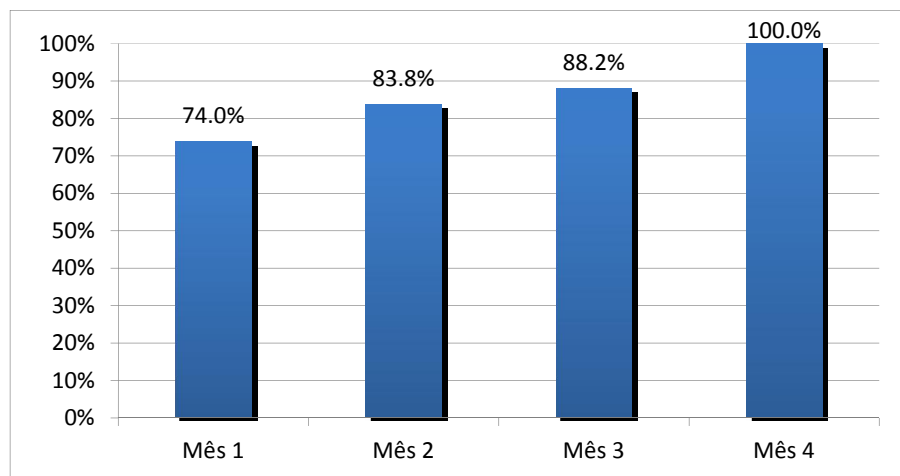


Figura 10 - Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

A falta de conhecimento sobre as complicações bucais em usuários diabéticos é, muitas vezes, causa do mau controle glicêmico, e por isto que a equipe de atenção básica tem uma grande responsabilidade em compartilhar conhecimentos e realizar as orientações pertinentes a este tipo de usuário. No primeiro mês da intervenção este indicador teve um pobre desempenho, sendo que só 74 de 100 usuários receberam esta avaliação (74%), pelo que imediatamente foi necessário realizar ajustes para melhorar as cifras porcentuais com atividades que melhoraram o engajamento da equipe, similar ao acontecido com a meta para hipertensos. A partir de então as cifras foram aumentando progressivamente, no segundo mês 301 usuários dos 359 atendidos (83%), no terceiro mês se aumentou até 88,2% (388 de 440 usuários) ao final se logrou um cumprimento de 100% da meta avaliando a necessidade dos 479 usuários atendidos durante a intervenção (Figura 9).

Adesão:

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

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

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

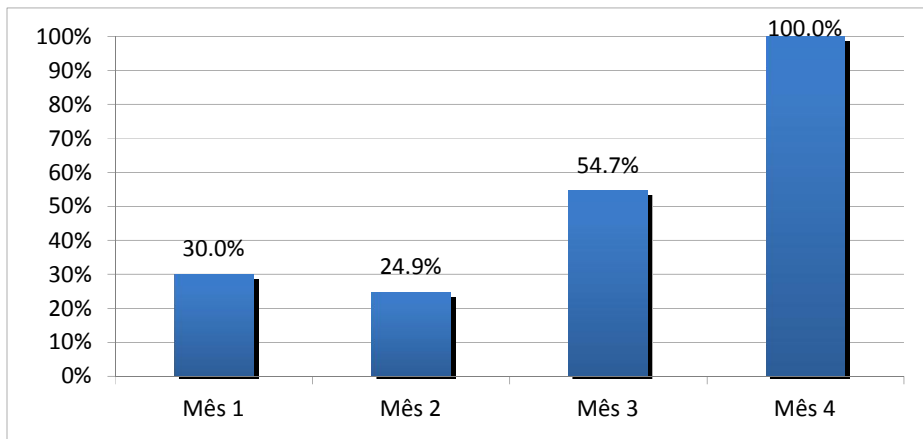


Figura 11 - Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Uma das maiores dificuldades da equipe de saúde é garantir que os usuários com doenças crônicas não transmissíveis, compreendam a importância de um bom controle de sua condição, a relação profissional-usuário desempenha um papel fundamental na adesão dos usuários ao esquema de seguimento de determinadas patologias. Conspiram além na adesão dificuldades geográficas para o acesso, horário de atendimentos, dificuldades de locomoção entre outras. No primeiro corte da intervenção ao primeiro mês, a proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa era de 30% (24 de 80 usuários) pelo que foi necessário criar estratégias que ajudaram a diminuir esta porcentagem e que atraíram os usuários até a UBS para iniciar seu seguimento. Dentre as estratégias utilizadas contaram: aumento do número de vagas diárias para o atendimento de doenças crônicas, aumento do número de usuários atendidos através de visitas domiciliares e aumento de grupos de hipertensos e diabéticos de 01 por mês até três por mês. Na figura 11 pode-se apreciar que durante os primeiros dois meses, o número de usuários com busca ativa diminuiu de um mês para outro de 30% para 24,9% (48 de 193 usuários) o que correspondeu com um período em que a UBS ficou sem um médico e teve que diminuir a quantidade de vagas. Posteriormente ao terceiro mês o trabalho voltou a normalidades com a chegada do novo profissional chegando a um

atendimento de 82 de 150 usuários faltosos (54,7%) e ao finalizar a intervenção no quarto mês 100% dos faltosos (1624) foram atendidos.

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

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

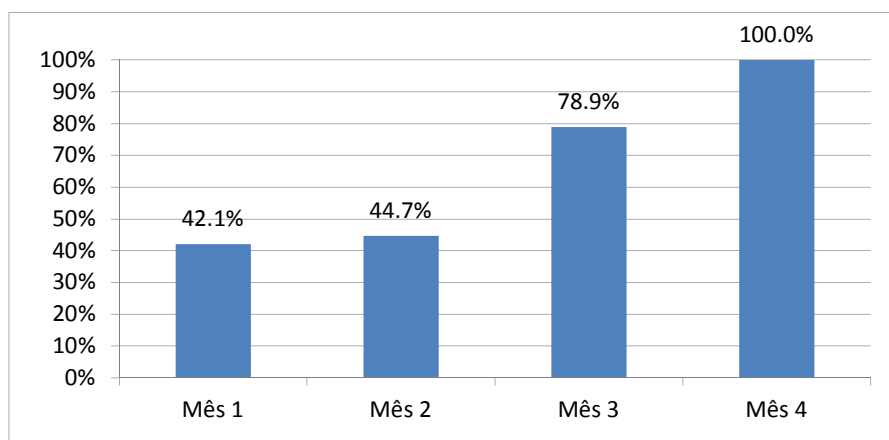


Figura 12 - Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

A Estratégia de acompanhamento das pessoas diabéticas deve ser realizada de acordo com as necessidades individuais de cada usuário, igual ao do usuário hipertenso que deve primar por uma ótima comunicação entre o profissional e o usuário, da qual dependerá que este realize todas as recomendações emanadas da equipe de saúde. O desenvolvimento da atenção aos faltosos durante a intervenção, teve um comportamento muito similar ao do usuário hipertenso, sendo que iniciamos com um atendimento de 42,1% no primeiro mês da intervenção (8 de 19 faltosos), esta proporção se manteve basicamente similar durante o segundo mês quando foram atendidos 21 de 47 faltosos (44,7%) alcançando seu pico mais elevado a redor da 12 semana com um atendimento de 30 de 38 usuários faltosos (78,9%) para se culminar com atendimento dos 69 faltosos identificados durante os 4 meses da intervenção (100% da meta) no último mês, com a logística de busca ativa devidamente estruturada em parceria com os ACS (Figura 12).

Registro:

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

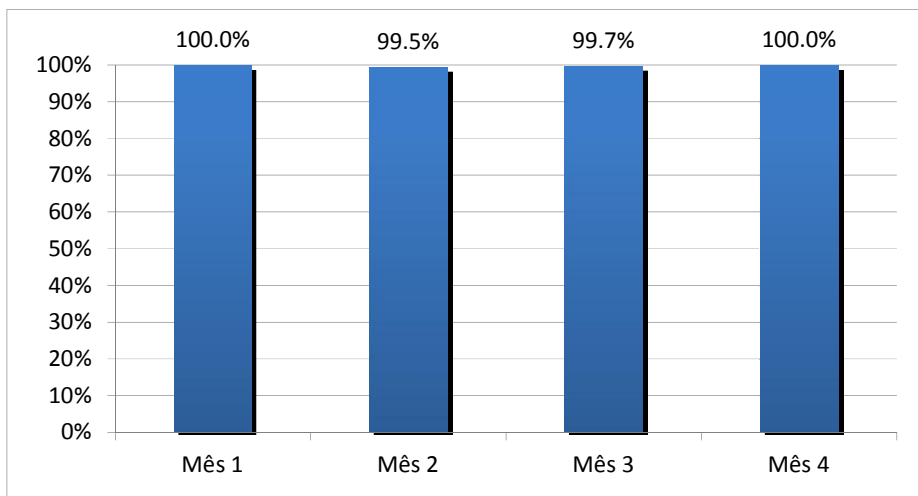


Figura 13 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Manter um bom registro é fundamental para a melhoria do seguimento dos usuários adequadamente. O registro de usuários hipertensos teve duas etapas: uma caracterizada por um estrito cuidado dos médicos da equipe por manter as fichas totalmente preenchidas, correspondente ao primeiro mês onde os 331 usuários atendidos tiveram preenchidas suas respectivas fichas e uma etapa na qual o processo foi assignado a uma equipe ficando retrasados alguns usuários (segundo e terceiro meses) onde ficaram 3 usuários em cada mês sem preenchimento das fichas. Para o quarto mês foi necessário que toda a equipe de UBS retornara ao preenchimento para assim culminar com 100% deste indicador (Figura 13).

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

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

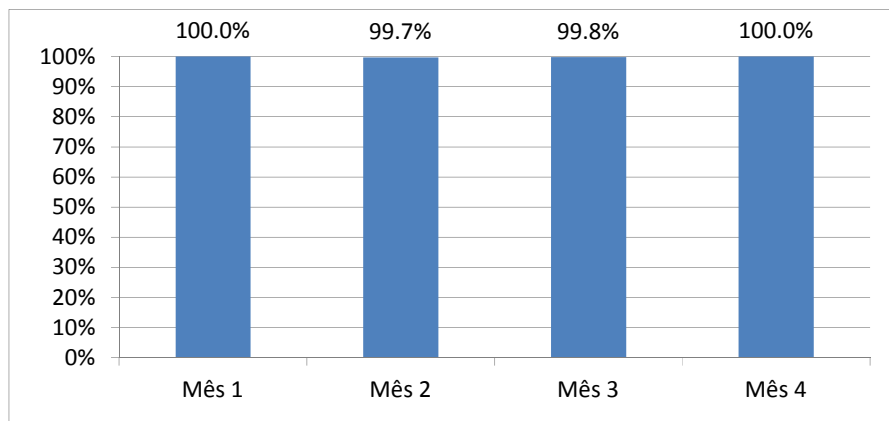


Figura 14 - Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

O cumprimento da meta para este indicador comportou-se similar que o indicador anterior. No primeiro mês foram atendidos os 100 usuários (100%), durante o segundo e terceiro mês ficou sem a ficha um usuário por cada mês, sendo o atendimento de 99,7% e 99,8% respectivamente. Ao finalizar a intervenção se cumpriu com 100% da meta (479) refletindo em compromisso e responsabilidade das equipes de saúde (Figura 14).

Avaliação de Risco:

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

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

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

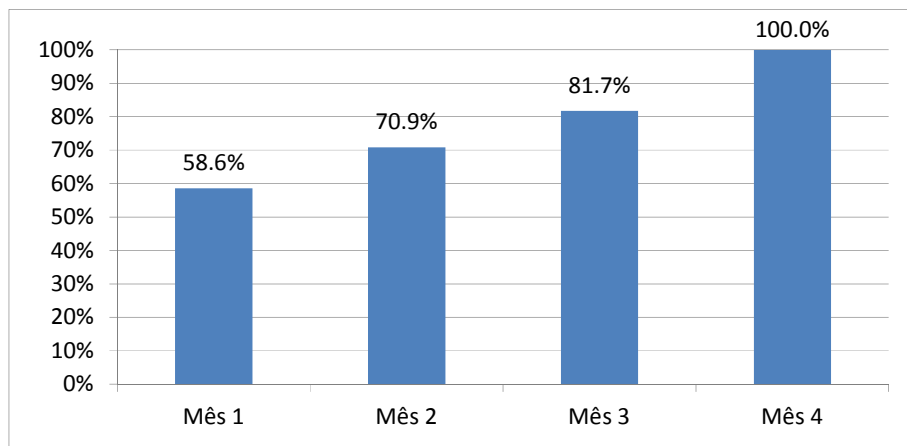


Figura 15 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

A Avaliação de risco cardiovascular, além de importante, significa uma ferramenta vital da qual dispõe o médico da atenção primária em saúde, valorando que as doenças cardiovasculares e suas complicações desencadeiam em óbito em mais de 30% das ocasiões em Brasil. Poder realizar uma avaliação de risco em cada um dos casos atendidos pode significar, um ganho em matéria de tempo para descobrir e deter o curso de uma doença circulatória determinada e retrazar ao máximo seu desenlace, o qual muitas vezes ode chegar a ser fatal. A avaliação inicial de risco passa por um exame clínico minucioso, de cujos achados vai depender a avaliação de risco correspondente. Na UBS Mariani e norma que em cada usuário atendido seja realizada esta avaliação de risco.

Para a avaliação de risco para doença cardiovascular, foi utilizada a classificação preconizada pelo ministério de saúde quem divide os mesmos em dois grupos, ambos de vital importância por sua significância, tanto para o controle quanto para o seguimento dos nossos usuários: fatores potencialmente controláveis e fatores não controláveis. Segundo o ministério da saúde, dos quais a maioria destes fatores de risco, (9) “representam o 90% do risco atribuível de doença na população ao redor do mundo” e são responsável também (no caso da diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial sistêmica) de 50% dos casos de Doença Renal Crônica e de Insuficiência Renal Terminal. Estes são: História familiar de DRC prematura (familiar de primeiro grau, < 65 anos no sexo feminino e <55 anos no sexo masculino, Homem >45 anos e mulher >de 55 anos, tabagismo, Hipercolesterolemia LDL-c, Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes Mellitus,

obesidade (IMC > 30 kg/metro quadrado), gordura abdominal, Dieta pobre em frutas e vegetais, Sedentarismo e estresse psicossocial).

Este indicador ao início da intervenção se comportou tímido sendo que só 58,6% dos usuários no primeiro mês (194 usuários de 331 atendidos), mas à medida que foi entrando em calor a intervenção este indicador foi melhorando paulatinamente, sendo que no segundo mês foram realizadas avaliação de risco cardiovascular 803 de 1133 usuários avaliados (70,9%), no terceiro mês se realizou 1261 avaliações de um total de 1543 usuários atendidos para um 81,7%. Já ao final do quarto mês 100% dos usuários (1624) tiveram avaliação realizada (Figura 15).

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

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

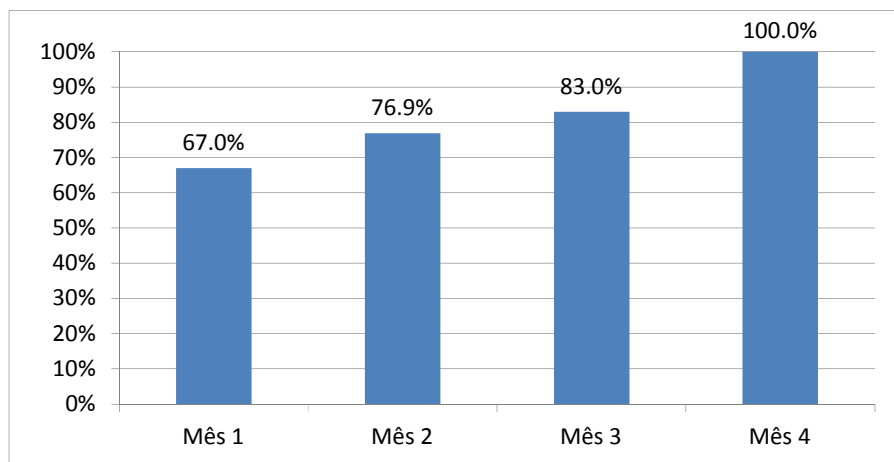


Figura 16 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Similar ao que ocorreu nos usuários hipertensos, este indicador se comportou como uma curva ascendente nos usuários diabéticos. Cabe ressaltar que a avaliação de risco em usuários diabéticos no início foi ligeiramente maior que no hipertenso o que se poderia interpretar como um maior cuidado da equipe neste tipo de usuário. Ao final este indicador que iniciou com 67% (67 de 100 usuários) foi

aumentando progressivamente e ao segundo mês se avaliaram 276 de 359 usuários (76,9%). Ao terceiro mês se aumento até 365 de 440 usuários (83,0%) e ao quarto mês se cumpriu em 100% realizando avaliação dos 479 diabéticos cadastrados e acompanhados na UBS Mariani (Figura 16).

Promoção da saúde:

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

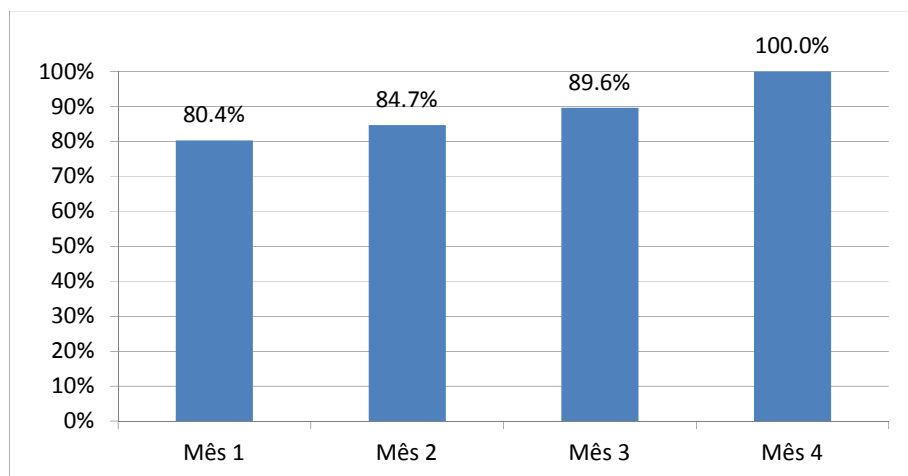


Figura 17 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Uma boa orientação nutricional é fundamental tanto para a prevenção primária quanto a secundária no usuário hipertenso, esta deve ter como objetivo uma redução dos níveis de pressão, manutenção do peso corporal, adequação do consumo energético, entre outras. Como preconizado pelo Ministério de saúde, na UBS Mariani a orientação nutricional faz parte do atendimento de todo usuário com doença crônica. Durante a intervenção este indicador iniciou com uma base sólida de 80,4% (266 de 331 usuários) e manteve um desenvolvimento ascendente durante o segundo mês com 84,7% (960 de 1133) durante o terceiro com 89,6% (1383 de

1543) até culminar com a meta cumprida no total dos 1624 (100%) usuários hipertensos orientados (Figura 17).

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

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

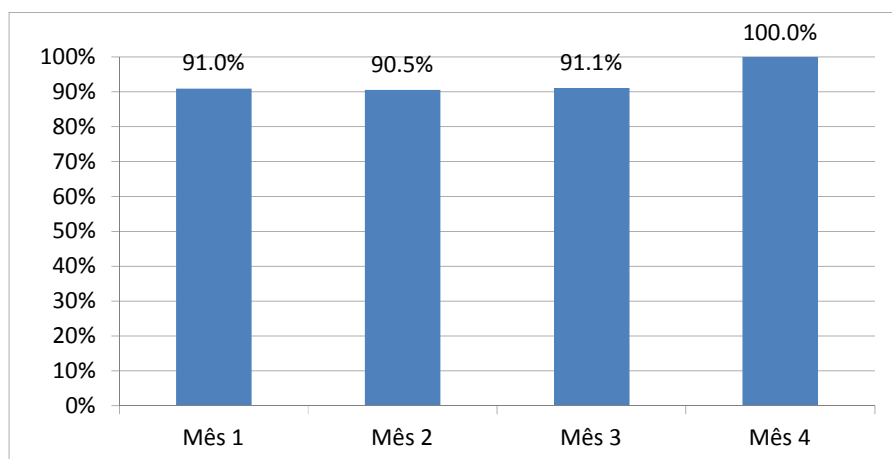


Figura 18 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável
Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

A atenção nutricional é importante tanto na prevenção do Diabetes Mellitus quanto no retardo da aparição das complicações associadas à doença. A alimentação está relacionada diretamente com alguns fatores que interferem diretamente com a prevenção controle do diabetes mellitus entre eles o excesso de peso, dislipidemias, mau controle glicêmico, e padrão alimentar com consumo excessivo de gorduras saturadas. As modificações de mãos hábitos alimentares e reconhecidas por diversos estudos e autores como fundamental para a redução de riscos associados à aparição de doenças cardiovasculares. Igual que na HAS, este indicador teve uma base inicial de 91% (91 de 100 usuários avaliados) e um aumento gradual no percurso da intervenção de 325 usuários de um total de 359 avaliados (90,5%) no segundo mês, 401 usuários de 440 avaliados (91,1%) no terceiro mês, até alcançar os 479 usuários (100%) de usuários orientados

adequadamente, fruto do engajamento dos profissionais envolvidos na intervenção (Figura 18).

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

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

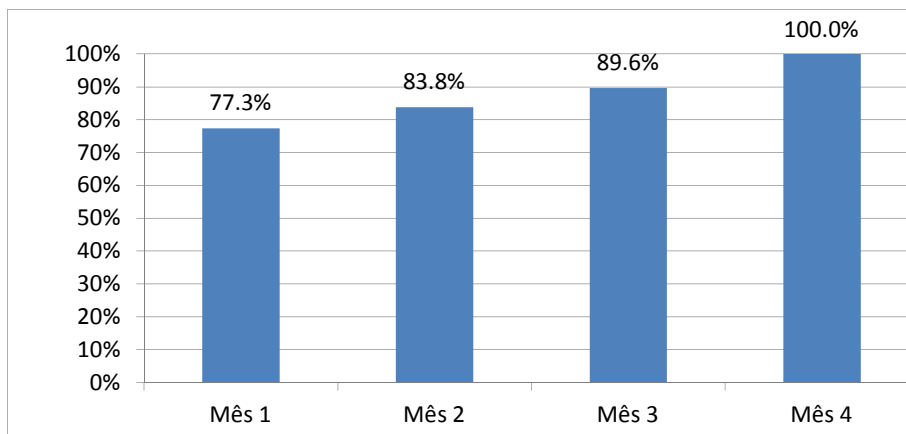


Figura 19 - Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Indivíduos que não praticam atividade física ou indivíduos sedentários têm um risco 30% a 50% maior de desenvolver HAS. Um estilo de vida ativo pode modificar este quadro tendo efeito preventivo importante. A atividade física regular associa-se a múltiplos benefícios para a saúde, incluindo redução da incidência de doenças cardiovasculares e morte por esta causa. De forma similar, a prática de atividades físicas regulares associa-se à redução dos níveis pressóricos. Logo após uma sessão de exercício aeróbio, como a caminhada, acontece uma redução média da pressão arterial da ordem de 5 a 7 mmHg, (efeito conhecido como hipotensão pós-exercício), podendo perdurar por até 22 horas, independente da intensidade da atividade. Cronicamente, a redução média da pressão arterial é da ordem de 5,8 – 7,4 mmHg, quando a atividade realizada de forma regular, de intensidade moderada, variando entre 4 e 52 semanas no tempo de seguimento, com duração de 30 a 60 minutos. Na UBS Mariani com a primeira revisão dos prontuários no início da intervenção quase 77,3% (256 de 331) dos usuários tinham registrado orientação

sobre atividade física. Com a implantação da intervenção teve um incremento sucessivo, no segundo mês 83,8% (850 de 1133 usuários), no terceiro mês 89,6% (1383 de 1543 usuários) até chegar a 100% da meta para este indicador no quarto mês da intervenção com os 1624 usuários orientados (Figura 19).

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

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

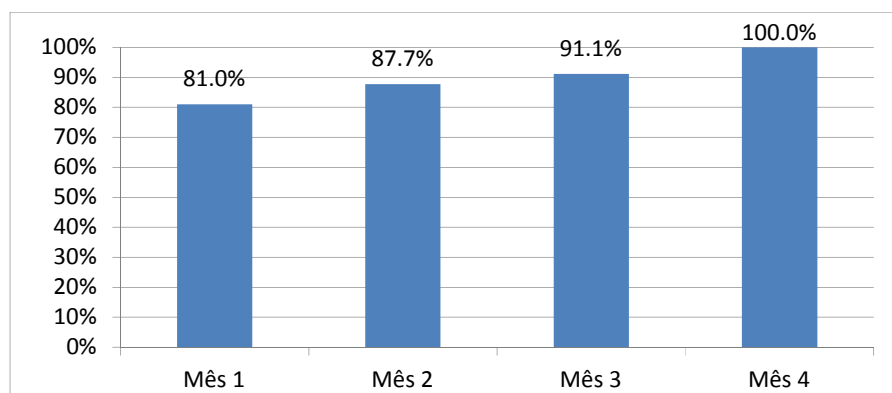


Figura 20 - Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

A prática regular de atividade física é fundamental na adoção de hábitos de vida mais saudáveis e no controle do DM. Tanto a atividade física, quanto o exercício físico aumentam a captação de glicose pelo tecido muscular por mecanismos independentes daqueles mediados pela insulina. O exercício físico regular melhora o controle glicêmico, diminui os fatores de risco para doença coronariana, contribui para a perda de peso, melhora o bem-estar, além de prevenir DM tipo 2 em indivíduos de alto risco e diminui as cifras de hemoglobina glicosilada. Com uma base inicial ascendente a 81% dos usuários (81 de 100 usuários atendidos) com orientação de exercício físico, registrados nos prontuários, esta cifra aumentou a medida da implantação da intervenção, no segundo mês 87,7% (315 de 359 usuários), no terceiro mês 91,1% (401 de 440 usuários) até alcançar a meta desejada de 100% com o atendimento dos 479 diabéticos atendidos (Figura 20).

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

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

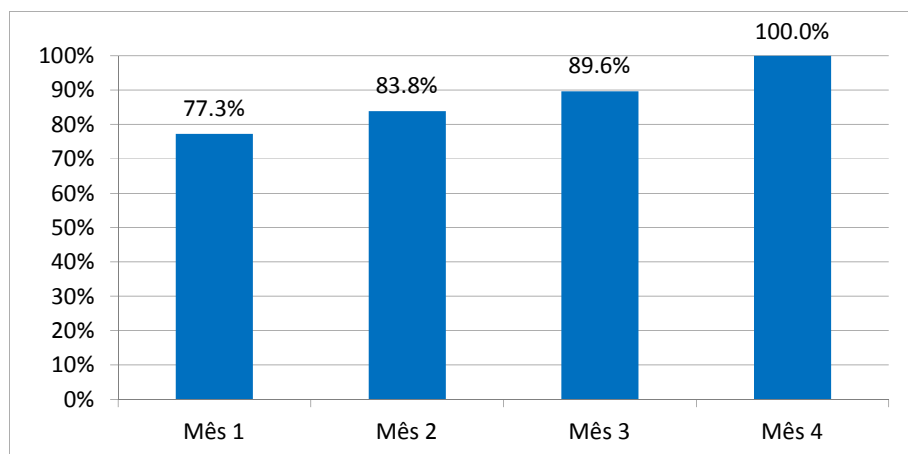


Figura 21 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

O fumo é um fator de risco que aumenta o risco cardiovascular principalmente em decorrência de suas ações sobre o sistema nervoso autônomo e sobre a função endotelial. O aumento da pressão arterial sistêmica ocasionado pelo tabagismo tem papel importante no resultante aumento da morbidade e mortalidade, tanto cardiovascular quanto renal, observadas em indivíduos fumantes. Existe no Brasil uma cultura de fumantes a qual não escapam as pessoas portadoras de hipertensão e diabetes, pelo que a educação e orientação ao respeito nestas pessoas resulta de inquestionável valor no seu seguimento. Este indicador foi trabalhado em vários cenários da atenção, principalmente nas atividades de grupos de tabagista e os grupos de Hipertensão. Ao iniciar a intervenção 77,3% (256 de 331) dos usuários atendidos tinham recebido orientações sobre os riscos do tabagismo, e com as diversas atividades realizadas pela equipe se alcançou: no segundo mês 83,8% (950 de 1133), no terceiro mês 89,6% (1383 de 1543) usuários para culminar o quarto mês com 100% (1624) para este indicador (Figura 21).

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

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

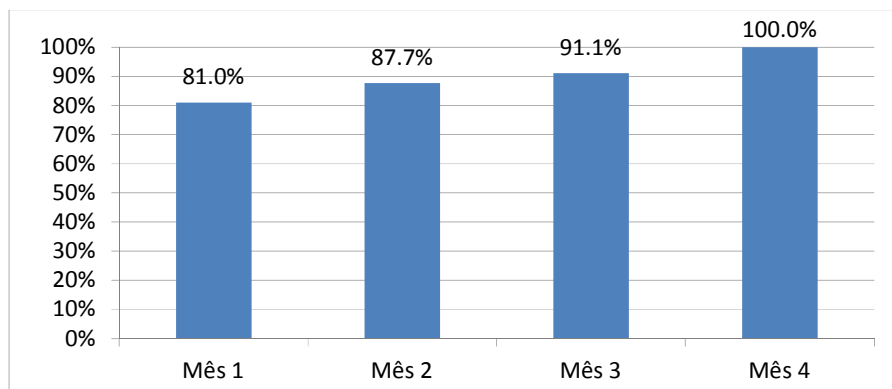


Figura 22 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Este indicador teve uma base inicial de 81% (81 de 100 usuários atendidos) e a partir de ali foi subindo paulatinamente, sendo que no segundo mês se alcançou a cifra de 87,7% (315 de 359) usuários com orientação, no terceiro mês se alcançou 91,1% (401 de 440) usuários até chegar aos 100% (479) da meta estabelecida para o mesmo no quarto mês (Figura 22), tendo como ponto forte o engajamento da equipe na realização das atividades preventivas.

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

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

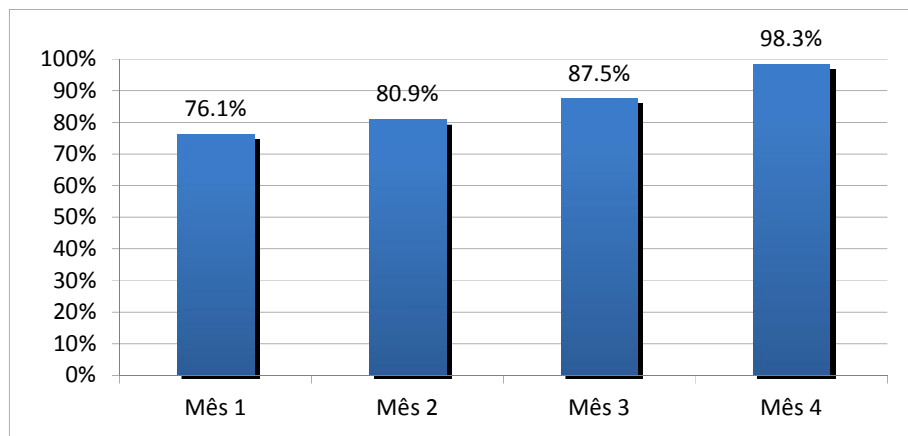


Figura 23 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

No início da intervenção, no primeiro mês 76,1% (252 de 331) dos usuários hipertensos atendidos tinham recebido orientação sobre higiene bucal, com a instauração das novas pautas de atendimento durante a intervenção se aumentou gradativamente a cada mês: o segundo mês 80,9% (917 de 1133) usuários, no terceiro mês 87,5% (1350 de 1543) usuários até chegar aos 98,3% (1596 de 1624 usuários) da meta (Figura 23). Creio que a maior dificuldade tenha sido em decorrência do esquecimento de alguns profissionais na efetivação destas orientações.

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

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

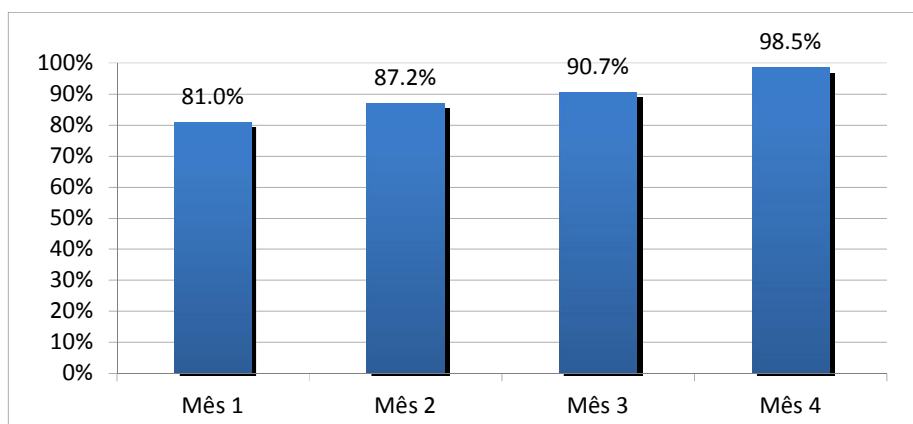


Figura 24 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados, 2014.

Similarmente ao indicador para HAS, ao final da intervenção se chegou próximo a meta de 100% para este indicador (Figura 24). Passamos de 81% (81 de 100) no início da intervenção para 87,2% (313 de 359) usuários no segundo mês, 90,7% (399 de 440) no terceiro mês e finalmente 98,5% (472 de 479) ao final do quarto mês. Creio que a maior dificuldade também tenha sido em decorrência do esquecimento de alguns profissionais na efetivação destas orientações, porém quase totalidade encontram-se devidamente instruídos.

Considera-se que a intervenção teve impacto significativo para a UBS, pois apesar de não ter alcançado 100% nos indicadores, houve melhoras nas condutas dos profissionais e na qualidade de vida dos usuários.

4.2 Discussão

A intervenção na UBS Mariani a qual tratou sobre a ampliação da cobertura e melhora da qualidade da atenção a Diabéticos e Hipertensos, proporcionou durante os 4 meses de trabalho uma ampliação da cobertura de 15% (462) para 42,7% (1624) no caso de hipertensos e de 15% (141) até 51,1% (479) no caso dos diabéticos. Como se pode apreciar, no início da intervenção a cobertura de usuários com HAS na UBS, era inferior a prevalência no Brasil, a qual segundo os cadernos de Atenção Básica é de 22%, já no caso de DM a cobertura era superior à média a qual segundo o caderno de atenção básica e de 5.6%. Conseguiu-se uma melhora nos registros de todos os participantes na intervenção, assim como na realização de exames clínico, exames laboratoriais e classificação de risco cardiovascular em 100% deles. Significou em uma mudança substancial na aceitação do trabalho da UBS por parte do usuário, conseguindo o engajamento de todos os participantes e resgatando o papel das visitas domiciliares como parte imprescindível do atendimento, principalmente na busca de usuários faltosos as consultas agendadas na UBS. As visitas domiciliares foram realizadas de acordo com o estipulado no manual de atendimento domiciliar, o qual propugna que: “a equipe deve respeitar o espaço da família, ser capaz de preservar os laços afetivos das pessoas e fortalecer a autoestima, ajudando a construir ambientes mais favoráveis à recuperação da saúde. Essa assistência prestada no ambiente privado das relações sociais contribui

para a humanização da atenção à saúde por envolver as pessoas no processo de cuidado, potencializando a participação ativa do sujeito no processo saúde-doença”.

Aumentou-se exponencialmente a participação do usuário na tomada de decisões para a melhora das condições de seu processo saúde-doença, conseguindo aumentar a participação dos mesmos, nas atividades educativas, o que contribuiu para aumentar o conhecimento e realizar mudanças quanto a hábitos alimentares, tabagismo, alcoolismo, etc. cumprindo assim com um dos paradigmas da atenção básica assumidos pelo ministério de saúde.

A participação do usuário nas tomadas de decisões, intimamente vinculada com o princípio de autonomia, tem sido, nos últimos anos tema de discussão e de controvérsias no cenário da bioética e saúde a nível mundial. Um exemplo o constitui a lei sobre a autodeterminação do usuário, “The Patient Self-Determination Act”(PSDA), aprovada pelo Congresso dos Estados Unidos, vigente a partir de 1º de dezembro de 1991, a qual declara sobre este tema: “O princípio da autonomia do usuário exige que os médicos respeitem a decisão do usuário com capacidade para a tomada de decisões no que diz respeito à suspensão do tratamento” (Tambara, 2006). No Brasil, apesar dos grandes esforços realizados pelas autoridades de saúde, tem se avançado pouco para garantir este princípio.

No primeiro momento, a intervenção exigiu a capacitação das equipes para seguir as recomendações do Ministério de Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes, o que garantiu a promoção do trabalho integrado dos médicos e médicas, enfermeiros e enfermeiras, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários de saúde, estagiários.

Promoveu-se a organização do serviço, em concordância com as diretrizes do ministério de saúde (2006) para cada profissional na atenção básica, de tal maneira que:

- * Aos médicos e médicas corresponde participar no rastreamento, diagnóstico, realização de consultas, acompanhamento em visitas domiciliares, realizar atividades educativas nos grupos organizados.

- * As enfermeiras e enfermeiros corresponde participar do acolhimento e classificação de risco dos usuários, participar do rastreamento e do monitoramento dos usuários hipertensos e diabéticos, realizarem as consultas de enfermagem, planejamento e coordenação das atividades a se realizar quanto ao atendimento de

diabéticos e hipertensos, supervisionar e executar ações para a capacitação dos agentes comunitários de saúde e auxiliares de enfermagem.

* Aos técnicos de enfermagem corresponde assistir aos enfermeiros no planejamento das atividades de assistência e educativa no cuidado do usuário, participar das atividades de promoção e prevenção, participarem das visitas domiciliares, participarem de quantas atividades de capacitação sejam convocadas.

* Aos agentes comunitários de saúde corresponde identificar na sua área, usuários faltosos as consultas e encaminhar até a UBS, se o usuário não puder chegar até a UBS, agendar visita domiciliar, identificar na família condutas e situações de risco, realizar convites para as atividades coletivas, planejar atividades dentro da comunidade, orientar as pessoas de acordo com as instruções da equipe de saúde, acompanhar o usuário e ajudá-lo a conseguir bons resultados no seguimento.

A organização do trabalho em concordância com o pautado pelo Ministério de Saúde para os usuários diabéticos e hipertensos, acabou impactando em todas as áreas no serviço, principalmente as concernentes ao atendimento de clínica geral, já que a equipe acabou assumindo a organização como pauta de atendimento para toda a UBS, principalmente nos programas priorizados: Saúde da Criança, Doenças Crônicas, Saúde da Mulher, entre outros.

Antes da intervenção, as atividades de atenção eram concentradas nos médicos, os quais realizavam o atendimento de acordo com a demanda espontânea, só se dava seguimento a aqueles usuários que solicitavam o serviço. O registro existente além dos prontuários era o registro do Programa Hiperdia, não existia a busca ativa e os grupos eram realizados por uma médica uma vez a cada 15 dias. A mesma realizava o grupo de tabagistas. Não se realizava a classificação de risco de acordo com o programa e apesar de ter na equipe duas odontologistas e uma nutricionista, não se realizava atendimento integral dos usuários. A partir da implementação da intervenção, conseguiu-se os seguintes avanços:

Num estudo da Universidade Federal de Minas Gerais em 2012 sobre processo de acolhimento a demanda espontânea, se viu que anteriormente a intervenção o processo de trabalho da Atenção Básica tinha como um dos pontos frágeis o acolhimento, confundido muitas vezes com o processo de triagem. O que garantia o acesso nesse modelo era a distribuição de fichas, com sobras e desistências de vagas das agendas para quem primeiro chegasse. Equidade e

inclusão não faziam parte desse contexto, o que gerava formação de filas de espera na madrugada para garantia de um atendimento médico, ou até mesmo para um agendamento de consulta. A ESF, com a função de reorganizar o acesso do usuário ao sistema, dispõe de outra realidade no que se refere à organização da demanda programada, pois o ACS conduz a necessidade de agendamento de consulta juntamente com a equipe técnica. Porém, no que se refere à demanda espontânea, o ocorrido era semelhante ao descrito acima: praticamente não havia espaço nas agendas, o que levava muitas vezes o cadastrado a uma busca sofrida por um atendimento médico em situações de doença aguda, de fácil resolubilidade para a sua equipe de saúde da família. Esta situação mudou substancialmente quando se disponibilizou de espaços e consultas agendadas aos usuários com doenças crônicas.

A intervenção reviu as atribuições da equipe, o que se traduziu em atenção a um maior número de pessoas e melhorando a qualidade da mesma. A melhoria dos registros contribuiu a um maior e melhor controle sobre a população alvo, contribuiu para identificar os usuários faltosos e viabilizou a otimização da agenda, tanto para a demanda espontânea quanto para os agendamentos e as visitas domiciliares. Com a classificação de risco para hipertensos e diabéticos, conseguiu-se identificar e priorizar os casos mais graves, assim como realizar os encaminhamentos ao especialista necessário. Com a implementação de atividades educativas de promoção e prevenção, garantiu-se um maior e melhor conhecimento por parte da população sobre as suas doenças, assim como, maior captação dos conceitos Promoção e Prevenção por parte dos usuários.

A intervenção permitiu um melhor olhar da população quanto a necessidade de atendimentos odontológicos, avaliação nutricional, melhor entendimento sobre os efeitos danosos do tabagismo e do alcoolismo. Aumentou a parceria entre os agentes comunitários de saúde e a sua população, favorecendo a aparição dos grupos comunitários, entre estes estão os grupos de exercício físico, psicoterapia e terapia ocupacional, grupos esses, apoiados pelos estagiários que a cada certo tempo, formam parte do staff da UBS.

Apesar de a intervenção ter sido pouco compreendida pelo resto da comunidade, a população de diabéticos e hipertensos, percebeu-a como uma grande satisfação com a implementação do novo modelo de atendimento, do jeito que a população compreende quais são seus principais direitos, os serviços que

efetivamente são brindados na UBS e percebem como grande ganho a preocupação dos profissionais por seu estado de saúde. Garantiu-se a aproximação de uma pequena quantidade de usuários que por desconhecimento, preferiam o atendimento por médicos particulares e foi conseguido que uma parte da população ao conhecer melhor sobre a medicação ofertada no SUS decidiu receber os mesmos como tratamento, o que contribuiu com uma diminuição nos gastos em compras de medicamentos.

Ao melhorar o atendimento, aumentou o fluxo de usuários em procura de atendimentos, tanto para consultas agendadas quanto para a demanda espontânea, o que desencadeou em um maior esforço laboral da equipe de saúde, que apesar do aumento da carga de trabalho, gera uma maior satisfação do profissional ao se sentir mais útil.

No caso de iniciar hoje a intervenção, teria realizado as atividades de capacitação com pelo menos uma semana de antecipação, o que facilitaria o acoplamento imediato de todos os integrantes da equipe com as atividades a realizar segundo as recomendações do Ministério da Saúde. Procuraria ter em mãos todo o material necessário (fichas, impressora, tinta) para evitar o atraso como aconteceu. Exporia primeiramente com luxos de detalhes a intervenção ao gestor, para evitar que por desconhecimento dos mesmos, se atrapalhasse o desenvolvimento do mesmo. Optaria por explicar também além dos diabéticos e hipertensos ao resto da população alvo de atendimento, para facilitar uma melhor compreensão sobre critérios de priorização na atenção.

Neste momento, quando chegamos ao final dos 4 meses de intervenção, percebo maior coesão e integração da equipe, vejo como todos entendem a nova forma de atendimento como parte da cotidianidade, pelo que considero as condições estão dadas para ir além.

Como exposto anteriormente, consideramos que todas as condições estão dadas para que a intervenção seja incorporada na rotina do serviço, para isto, continuaremos trabalhando na conscientização da comunidade, tocando todos os tópicos antes citados como parte da melhoria. Buscaremos penetrar profundamente na lógica do gestor para demonstrar que bom atendimento não são somente números, mas qualidade e que para isso, precisamos de apoio absoluto sobre todo no concernente aos materiais.

A chegada do novo pessoal a UBS (médico e enfermeira) e o chamado por concurso para os novos ACS por parte da Prefeitura, o qual já foi realizado, pretendemos no mês de julho, abrir a 3ª equipe, com a qual, chegaremos a 80% do total de nossa área de abrangência e pretendemos aumentar com esta nova equipe a 80% de cobertura. A raiz dos resultados obtidos nesse projeto pretende-se iniciar novos projetos nas áreas de saúde mental, puericultura e reforçar o programa de Pré-Natal, o qual, também tem resultados de sucesso na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Estimados Gestores:

Como parte do processo de realização da pós-graduação em saúde da família, iniciou na nossa UBS uma intervenção comunitária sobre Diabetes e hipertensão com o objetivo de melhorar os serviços ofertados na esperança que seja referência para a melhora de todas as áreas e UBS.

Com o início da intervenção na nossa UBS (Mariani), a qual durou 4 meses, a primeira coisa que nossa equipe fez foi organizar as atividades correspondentes segundo o cronograma da mesma, o qual já tinha sido elaborado com antecipação. Foram realizados vários encontros da equipe da UBS com o objetivo de capacitar os profissionais da equipe quanto ao protocolo de atendimento de ambas as doenças, nesta capacitação tomamos um tempo para lembrar as atribuições que cada membro da equipe ia ter no percurso da intervenção, além foi realizada a capacitação dos agentes comunitários de saúde para o cadastramento de usuários de maneira criteriosa. Ambas as capacitações foram bem acolhidas pelo pessoal, no caso da capacitação aos ACS participaram 100% dos mesmos. As capacitações das semanas seguintes tiveram similar acolhida por parte da equipe de trabalho da UBS. As mesmas foram desenvolvidas segundo o estabelecido no cronograma.

Nos primeiros momentos da intervenção, dado que não possuíamos suficientes equipamentos como balanças, fitas métricas, entre outros, o processo de acolhimento e a própria consulta viu-se grandemente afetada, sendo que a maioria dos usuários chegou até ao médico sem as medidas de sinais vitais e medidas antropométricas, o que determinou um atraso na consulta médica. Situação que atrapalhou por quase toda a primeira metade da intervenção quando graças a seus esforços, a nossa solicitude destes equipamentos teve uma resposta positiva, chegando até nos vários aparelhos que contribuíram enormemente para melhorar este quadro negativo. A outra grande dificuldade foi à dos colegas médicos de se adequar a realização de todos os passos que requer o protocolo de atenção, como os quinze minutos pautados para cada atendimento. Esta situação finalmente melhorou um pouco quando acordamos aumentar em cinco minutos as consultas dos usuários em questão e, com certeza, com a melhora no processo de acolhimento e consulta de enfermagem.

Outro planejamento realizado foi solicitar a secretaria de saúde, a agilização das consultas especializadas com a nossa população alvo na intervenção, esta

solicitação foi negada desde o início ao se alegar que não era possível priorizar a nossa UBS diante das demais, já que isto atentava contra os princípios básicos do SUS. Contudo, com o decorrer do tempo a agilização aconteceu em todo o sistema ao se inaugurar um novo sistema municipal de seguimento de consultas, o qual priorizava os casos segundo gravidade e necessidade de atenção, fica entendido de nossa parte então que com a nossa solicitação individual vocês melhoraram a problemática de tudo no município o que nos faz sentir muito felizes.

À medida que passaram os primeiros dias, e o espírito de colaboração e o engajamento da equipe foi-se dinamizando a ponto que passadas as primeiras três semanas, o processo de atenção foi muito mais ativo, apesar de ter tido os primeiros faltosos consultados, a grande maioria deles foram agendados para dentro dos próximos 15 dias. Foi este um processo lento e complicado já que muitos usuários não possuem o costume de assistir rotineiramente o atendimento médico, e para melhorar este ponto recorreremos à estratégia de aumentar as visitas domiciliares e direcionar as mesmas àqueles usuários que se negavam a assistir, e a aqueles com alguma situação física ou psicológica que impedia acudir a UBS. Com estes usuários recorreremos à estratégia de realizar consultas, solicitações e revisão de exames entre outras coisas já na mesma visita domiciliar. Aqueles usuários que ao finalizar a 15ª semana da intervenção e ainda não foram achados foram excluídos da mesma.

A parte mais difícil do processo durante toda a intervenção foi o preenchimento da ficha espelho, já que para que ficasse com a qualidade necessária, deve ser realizado um minucioso trabalho de avaliação do histórico do usuário no seu prontuário. Um grande problema identificado durante o processo foi a discordância de algumas informações entre a ficha do programa e os medicamentos prescritos no prontuário, o que nos levou a ter que identificar qual das duas era a informação verídica. Quanto ao atendimento odontológico e da nutricionista, dado que os mesmos são bem identificados nos prontuários não foi necessário realizar maiores ajustes. Apesar de que as fichas eram fornecidas pela secretaria de saúde durante as primeiras três semanas da intervenção, no início da quarta semana fomos informados da impossibilidade de continuar com o fornecimento, já que isto constituía um gasto importante, dado a quantidade de médicos que estavam realizando a intervenção em diversas UBS. Dado que a situação não podia deter a intervenção, procedemos a comprar uma impressora e papel, e confeccionamos as

fichas por conta própria e assim proceder com uma atividade que além de significava foi um avanço no nosso desenvolvimento pessoal.

Durante o transcurso da intervenção, várias situações atrapalharam o processo: vários médicos passaram pela UBS, indo embora em pouco tempo. A nossa enfermeira da equipe foi transferida para outra UBS, o que dificultou o trabalho. Contudo a boa notícia foi a contratação por sua parte de uma nova médica para completar a terceira equipe da UBS.

Desde o início da intervenção já observamos a grande dificuldade que teríamos para cumprir a nossa meta de cadastrar 60% de diabéticos e hipertensos. Nas primeiras semanas devido aos inconvenientes antes citados, o progresso foi muito inferior ao que corresponderia para completar estas cifras, isto levou-nos a realizar vários ajustes como incorporar aos agentes comunitários de saúde ao processo, a grande ajuda chegou dos mesmos colegas médicos quando se incorporaram de maneira integral ao projeto, sendo que em meados da intervenção o salto foi tão importante que pela primeira vez pensamos na possibilidade de chegar até a meta proposta, na medida em que avançamos na mesma apesar de um ganho qualitativo superlativo, a quantidade de usuários foi diminuindo sendo que ao final da intervenção só foi possível chegar aos 42,7% (1624) de hipertensos e 51.1% (479) de diabéticos. Entre as causas desta situação identificamos: uma grande parte da população trabalhista da área realiza seu seguimento na UBS, a qual tem horário estendido até às dez horas da noite para este tipo de população. Também temos uma proporção de moradores que por possuir planos de saúde preferem o atendimento nos mesmos.

Foram trabalhados durante a intervenção revisões do estoque de medicamentos, grupos de tabagistas e de hipertensos e diabéticos, devido a inconveniente com o fornecimento dos adesivos e medicamentos por parte da prefeitura, o grupo de tabagistas foi suspenso em duas ocasiões, mas felizmente depois de vários inconvenientes, ao fim de pudermos finalizar dois grupos e o terceiro ainda ao final da intervenção, o resultado positivo dos grupos de tabagista foi um dos maiores alcances da UBS sendo que mais de 63% pararam ou diminuíram o consumo de tabaco após a intervenção.

Apesar dos primeiros avanços da intervenção em termos quantitativos, nas primeiras semanas o tópico como exame físico, avaliação de risco cardiovascular, exames complementares e avaliação nutricional, sempre avançou qualitativamente.

Outro cenário utilizado a sua máxima potência foi às atividades comunitárias durante toda a intervenção.

A partir da nova experiência de atendimento integral do usuário diabético e hipertenso, implantada na nossa UBS dada pela implementação da intervenção, garantimos que tanto os odontólogos como a nutricionista realizassem consultas simultâneas aos usuários, isto permitiu desde o início um maior grau de engajamento tanto entre os integrantes da equipe quanto entre os profissionais e a população. Os mais beneficiados desta estratégia de trabalho foram realmente os usuários diabéticos, já que no caso dos hipertensos, por serem um grupo maior, a capacidade de atendimento odontológico não permitia realizar o trabalho priorizado, não entanto todos tiveram avaliados suas necessidades de atendimento.

Para enfatizar a importância da implementação da intervenção, lembremos que no início da intervenção, na nossa UBS só tínhamos um 15% de diabéticos (141) e hipertensos (462) cadastrados, e destes só uma mínima parte participava dos grupos, sendo que muitas poucas pessoas conheciam os grupos de tabagistas. Esta realidade mudou drasticamente em sentido positivo com a intervenção, com um aumento significativo tanto na qualidade quanto na quantidade de atendimentos, com um ganho em qualidade o trabalho permitiu assumir a responsabilidade de dar continuidade no tempo, ainda sabendo que o trabalho vai melhorar, mas ao mesmo tempo vai ser mais gratificante ao se saber que os resultados melhoraram grandemente o bem-estar da nossa população. Durante a avaliação final realizada pela equipe de trabalho da UBS, várias situações foram abordadas, se chegando à conclusão de que todo o processo foi exitoso apesar dos inconvenientes durante o percurso, sendo que realizamos o compromisso coletivo de manter a dinâmica de trabalho, reforçando áreas como os grupos de HAS e DM, tabagistas e Saúde Mental, ganhando maior importância ao atendimento coletivo para assim ganhar no atendimento individualizado dos usuários.

6. Relatório da Intervenção para a comunidade

Como é do conhecimento geral, acabamos de fechar a intervenção com os usuários diabéticos e hipertensos priorizados na nossa UBS por quatro meses. A mesma iniciou com a capacitação dos nossos profissionais da equipe, a qual contou com todos os integrantes, sendo bem acolhidas pelo pessoal. Como vocês lembrarão, anteriormente tínhamos comunicado através do conselho local de saúde e dos Agentes Comunitários de saúde a nossa intenção de realizar a intervenção como parte inicial de um processo de mudanças na atenção para melhorar a qualidade do atendimento a nossos usuários.

Nos primeiros momentos da intervenção, tivemos várias dificuldades as quais significaram em várias ocasiões motivo de queixa da população como foram os atrasos na consulta médica e a adequação do pessoal ao novo estilo de trabalho implementado, mas à medida que passaram as semanas todo o pessoal foi se costumando até melhorar o atendimento como o planejado.

À medida que passaram os primeiros dias, e o espírito de colaboração e o engajamento da equipe foi-se dinamizando a ponto que passadas as primeiras três semanas, o processo de atenção foi muito mais ativo, apesar de ter tido os primeiros faltosos consultados, a grande maioria deles foram agendados para dentro dos próximos 15 dias. Foi este um processo lento e complicado já que muitos usuários não possuem o costume de assistir rotineiramente o atendimento médico; para melhorar este ponto recorreremos à estratégia de aumentar as visitas domiciliares e direcionar as mesmas a aqueles usuários que se negavam a assistir, e a aqueles com alguma situação física ou psicológica que impedia de acudir na UBS. Com estes usuários recorreremos à estratégia de realizar consultas, solicitações e revisão de exames entre outras coisas já na mesma visita domiciliar.

Durante o transcurso da intervenção, várias situações atrapalharam o processo: vários médicos passaram pela UBS, indo embora em pouco tempo. A nossa enfermeira da equipe foi transferida para outra UBS, o que dificultou o trabalho. Contudo a boa notícia foi a contratação de uma nova médica para completar a terceira equipe da UBS.

Convém salientar que tínhamos a meta de cadastrar 60% de diabéticos e hipertensos e chegamos ao final da intervenção com uma cobertura de 42,7% (1624) hipertensos e 51,1% (479) diabéticos. A equipe considera como um ótimo avanço tanto em quantidade quanto em qualidade, já que entre outras coisas

garantimos que estes usuários se sentiram identificados com o novo estilo de atendimento, e até sentiram-se mais próximos da equipe, assim como aumentaram seu nível de conhecimento sobre a sua própria doença. Outro grande ganho foi o controle obtido sobre o estoque de medicamentos da nossa farmácia o qual sempre teve como produto suficiente para suprir as demandas de nossa população.

Foram implementados grupos de tabagistas e de hipertensos e diabéticos, e o resultado positivo dos grupos de tabagista foi um dos maiores logros da UBS sendo que mais de 63% pararam ou diminuíram o consumo de tabaco após a intervenção. Com este resultado instamos a comunidade a se incorporar aos mesmos, ou obter informações sobre os benefícios dos mesmos. Também foram efetivadas com sucesso o exame físico, avaliação de risco cardiovascular, exames complementares e avaliação nutricional e atividades comunitárias que em número de três durante toda a intervenção, serviram para empoderar a comunidade inteira e não só a hipertensos e diabéticos sobre a importância do bom controle destas duas doenças crônicas.

Isto permitiu que o usuário sentisse uma melhoria significativa na qualidade da atenção. Ao final da intervenção 100% dos nossos usuários esteve com exames físicos e laboratoriais em dia e todos tiveram avaliação de risco cardiovascular. Assim como avaliação odontológica e nutricional dentro das possibilidades e limitações da equipe.

Então podemos finalizar com a asseveração de que ao final da intervenção realizamos um excelente trabalho e concluímos um trabalho exitoso devido ao compromisso coletivo de manter a dinâmica de trabalho, reforçar áreas estratégicas como tabagistas e Saúde Mental, ganhando em qualidade no atendimento individualizado dos usuários. Por isso, estimulamos e solicitamos da comunidade o apoio permanente e a corresponsabilidade junto a equipe de saúde para construirmos uma saúde enquanto sinônimo de qualidade de vida.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

O curso de especialização em saúde da família organizado pela UFPEL apresenta em suas diferentes etapas uma orientação metodológica na sequência o que permite ao aluno ter uma visão ampla dos objetivos a vencer. As primeiras semanas de ambientação foram fundamentais para obter feedback com o tutor e outros participantes, a troca de experiências e pontos de vista foi muito importante para o início da formação.

A participação nos fóruns e estudos da prática clínica fortaleceu a reflexão do coletivo, estas atividades permitiram atualizar e qualificar os conhecimentos nas diferentes áreas desde a prática clínica, organização e a gestão no trabalho, com o fortalecimento do trabalho em equipe e a relação com a comunidade. A elaboração da análise situacional facilitou conhecer a realidade dos indicadores de saúde da atenção básica estabelecidos esta elaboração permitiu a seleção do tópico da intervenção, sendo que esta foi baseada em resultados e não por aspecto subjetivo, senão pelas demandas do serviço.

Para a organização na elaboração do projeto da intervenção foi feito um roteiro estratégico com desenho metodológico que seria implantado na ação programática objeto de avaliação. Este foi alcançado pelo desenho de estratégias com objetivos, metas, indicadores e as ações contidas em cada um dos quatro eixos: organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica, monitoramento e avaliação para atingir as metas.

Para a implantação destas ações é preciso atuar em todos os eixos mencionados para que a intervenção seja eficaz, diferentes ações foram aplicadas, capacitação da equipe, envolvimento da comunidade, monitoramento dos dados e gestão do trabalho envolvendo a equipe e a comunidade.

A etapa da intervenção foi a mais ativa, requerendo do maior esforço da equipe em conjunto com a comunidade e população alvo, as avaliações semanais foram de muita importância pelo fato de evidenciar os erros e acertos acontecidos. Permitir as melhoras no atendimento em geral e o redirecionamento das ações para melhor atenção e assistência. Foram 16 semanas de intensas atividades em favor de um objetivo comum. Cada semana foi observado como a dinâmica da equipe mudava, cada um incorporava seu trabalho e responsabilidades com mais eficácia.

Realizar um estudo de intervenção, sempre traz consigo grandes desafios, tanto individuais como coletivos. Quando este trabalho é realizado pensando em

melhorar os modos e estilos de vida de uma população como a atendida na UBS, os trabalhos além de relatar, se converte em gratificante, sobretudo nos frutos colhidos consonantes às metas planejadas ao iniciar a intervenção. No meu caso particular, ter chegado de uma realidade totalmente diferente a encontrada na UBS, teve uma significância ainda maior, já que para poder dar sucesso na intervenção teria que me dedicar ao conhecimento de estilos de trabalho em equipe com bastante diferenciadas experiências passadas na minha vida profissional.

Ter participado de uma equipe de trabalho, onde cada indivíduo desenvolve sua atividade em concordância com o estipulado nos protocolos de atuação profissional, sem esquecer que cada pessoa forma parte de um todo, e que só quando unimos os esforços de cada um se pode obter o resultado desejado no processo de trabalho, foi minha primeira grande aprendizagem, no decorrer das semanas em que se desenvolveram a intervenção, observei como cada atividade por insignificante que parecera contribuiu com o produto final de cada semana, por isso manifesto a importância de cada indivíduo, desde os médicos e enfermeiros até os estagiários que por períodos de tempo determinado foram parte de nosso staff de trabalhadores.

Em linhas gerais, a partir do início da mesma não só garantimos uma atenção mais criteriosa, mas mostramos para a população mais necessitada que as visitas domiciliares significavam um direito deles que tinha que ser exigido. Estar ali nos momentos em que fomos solicitados nos mostrou que o médico não é uma pessoa que pode ficar alheio aos sentimentos do usuário, mas que vivencia o sofrimento dos mesmos, este olhar de perto melhorou o relacionamento médico-usuário o qual não era tão bem-sucedido ao início da intervenção.

O processo de revisão sistemática de bibliografia, protocolos de atendimento do Ministério da Saúde, literaturas complementares e seu compartilhar com a equipe permitiu que paulatinamente foram-se revisando várias áreas e melhorando o atendimento coletivo da Unidade Básica, foi assim como outros grupos de usuários também viram melhoradas suas áreas, entre elas pediatria e saúde da mulher como as mais relevantes, pela significância das mesmas na atenção básica.

Em geral a experiência do curso foi muito gratificante pelo fato de trabalhar com ações que tem impacto direto nos usuários, permitindo melhoras em seus tratamentos e fortalecendo os vínculos com a equipe.

Referências

Brasil. Ministério de saúde (2014), cadernos de atenção básica. Nº 37, Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília, DF- 2014.

Brasil. Ministério de saúde (2014), cadernos de atenção básica. Nº 36, Diabetes Mellitus. Brasília, DF- 2014.

Brasil. Ministério de saúde. Diretriz para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília 2014.

Suares Fernandes, Carmen (2013), avaliação de risco cardiovascular, Protocolos de risco cardiovascular, sociedade espanhola de medicina interna. Madrid, 2013.

Brasil. Ministério de saúde (2013), Manual de rotinas para atenção ao AVC. Brasília, DF- 2013.

Brasil. Ministério da Saúde (2013). Caderno de atenção domiciliar vol. 1 e 2. Brasília. DF. 2013

Velloso, Valéria Barros. Organização de Demanda Espontânea e Programada e Acolhimento na Estratégia de Saúde da Família: Um relato de experiência. TCC Do Curso de especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais. Conselheiro Lafaiete/MG .2012

Draguer, Pinto Pedrosa Ferrera. Diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial sistêmica. Artigo de revisão. Revista medicina Net. Maio 2010.

Cabete, Fábio et. al: Rotinas no EVC pré-hospitalar e hospitalar. Prevenção. Sociedade Brasileira de Doenças Cerebrovasculares/Academia Brasileira de Neurologia/ Rede Brasil AVC. Outubro 2010.

Oliveira Souza et Al. (2008) a obesidade como fator de risco cardiovascular, Rev. Edu., Meio Amb. e Saúde 2008; 3(1):107-116.

Magalhães Guelelete et al. Abordagem inicial em usuários com hipertensão arterial de difícil controle. Rev. Bras. Hipertens. Vol.15(1):10-16, 2008.

Brasil. Ministério de saúde (2006), cadernos de atenção básica. Nº 14, Prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica. Brasília, DF-2006.

Brasil. Ministério de saúde (2006), cadernos de atenção básica. Nº 12, Obesidade, Brasília DF- Brasil 2006.

Prefeitura Município de Caxias do sul. Secretarias de cultura. História do município de Caxias do Sul, 2014.

Aran V. chovanian et al. Prevención de HTA, cambios en salud pública. Séptimo informe del comité nacional conjunto de prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial Sistémica (traducido al español) (pg. 5-6).

Massaro, Airton Roberto. Triagem do AVC isquêmico agudo. Revista da Sociedade de Cardiologia do Rio Grande do Sul - Ano XV nº 07 Jan/Fev/Mar/Abr. 2006.

Elizabeth, Milla Tambara. Medicina Peri operatória: cap. 13: diretrizes para o atendimento pré-hospitalar no Acidente Vascular Encefálico. 2006.

Joaquim Clotet. Bioética. Uma aproximação. Edit. Pontifícia Universidade Católica de Rio Grande do Sul. Porto Alegre 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos Série A. Normas e Manuais Técnicos BRASÍLIA – DF 2012 Uso Racional de Medicamentos temas selecionados. Brasília. DF. 2012.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Srª
Profª 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.

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

