

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 5



Melhoria do Programa da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes na Unidade Básica de Saúde Tude de Godoy no município de Dom Pedrito/RS.

Maria Ysabel Frometa Columbie

Pelotas, 2015

Maria Ysabel Frometa Columbie

Melhoria do Programa da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes na Unidade Básica de Saúde Tude de Godoy no município de Dom Pedrito/RS.

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

Orientadora: Maria Emilia Nunes Bueno

Pelotas, 2015

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

C726m Columbie, Maria Ysabel Frometa

Melhoria do Programa da Atenção aos Usuários com Hipertensão e Diabetes na Unidade Básica de Saúde Tude de Godoy no Município de Dom Pedrito/RS / Maria Ysabel Frometa Columbie; Maria Emilia Nunes Bueno, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

57 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. Bueno, Maria Emilia Nunes, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

DEDICATÓRIA

*Aos meus pais que são meu exemplo de amor
A toda a minha família*

AGRADECIMENTOS

Em especial a minha tutora, pois sem sua ajuda não poderia fazer este trabalho.

*A Dra Lisbet ABad Hinojosa, médica cubana e exemplo de sabedoria
A toda a minha equipe de saúde que apoiaram de forma incondicional o trabalho.*

Aos gestores, usuários e comunidade.

Resumo

COLUMBIE, Maria Ysabel Frometa **Melhoria do Programa da atenção aos usuários com hipertensão e diabetes na Unidade Básica de Saúde Tude de Godoy no município de Dom Pedrito/RS..** 2015. 54f. Trabalho Acadêmico (Especialização) – Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus caracterizam-se por serem doenças crônicas não transmissíveis e apresentam lugar de destaque no contexto da transição epidemiológica. Atingem grande parte da população e estão sujeitas a sofrerem influências de vários fatores de risco, os quais podem desencadeá-las ou intensificá-las. Dessa forma, torna-se essencial um acompanhamento adequado dos portadores destas patologias a fim de prevenir ou retardar o surgimento de possíveis complicações que podem afetar negativamente a qualidade de vida desses usuários. O objetivo deste trabalho foi melhorar a atenção à usuários com HAS e DM na Unidade de Saúde da Família (USF) José Tude de Godoy em Dom Pedrito/RS, através da qualificação da assistência, da implantação de um registro específico para essa ação programática e do desenvolvimento de atividades coletivas de promoção à saúde aos usuários da população-alvo. A intervenção foi realizada no período de outubro 2014 a fevereiro 2015, totalizando 16 semanas com objetivos específicos de ampliar a cobertura de acompanhamentos a hipertensos e diabéticos no respectivo programa; melhorar a adesão dos usuários com HAS e DM ao programa; qualificar o atendimento ou usuários com doença crônica de HAS e DM na unidade básica de saúde; melhorar o registro das informações na atenção primária a saúde ; mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e desenvolver ações de promoção à saúde. Estimamos que haja 472 hipertensos e 102 diabéticos na área adstrita da USF e destes, foram atendidos no período da intervenção 194 usuários hipertensos e 55 usuários diabéticos. Foram desenvolvidas ações nos eixos temáticos de organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, prática clínica e engajamento público. O trabalho possibilitou a ampliação da cobertura, a melhoria da qualidade da atenção à saúde ou usuários com HAS e DM, embasado nos cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde sobre hipertensão e diabetes, além da realização de diversas ações coletivas de promoção à saúde direcionada para ou usuários com HAS e DM da área de abrangência da UBS.

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

Lista de Figuras

Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde...37

Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....38

Lista de Abreviaturas e Siglas

FR – Fatores de Risco

DM - Diabetes Mellitus

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

USF - Unidade Saúde Família

CAPS - Centro de Apoio Psicossocial

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

UBS - Unidade Básica de Saúde

AS - Análise Situacional

ACS - Agente Comunitário de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

HIPERDIA - Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos

SIS PRENATAL - Sistema de Informação do pré-natal

Sumário

1	Análise Situacional	8
1.1	<i>Texto inicial sobre a situação da Estratégia Saúde da Família</i>	8
1.2	<i>Relatório da Análise Situacional</i>	9
1.3	<i>Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise situacional</i>	17
2.	Análise Estratégica: Projeto de intervenção	19
2.1	<i>Justificativa</i>	19
2.2	<i>Objetivo Geral</i>	20
2.2.1	<i>Objetivos específicos</i>	20
2.2.2	<i>Metas</i>	21
2.3	<i>Metodologia</i>	22
2.3.1	<i>Detalhamento das Ações</i>	23
2.3.2	<i>Indicadores</i>	26
2.3.3	<i>Logística</i>	30
2.3.4	<i>Cronograma</i>	33
3.	Relatório da Intervenção	33
3.1	<i>Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas</i>	33
3.2	<i>Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas</i>	35
3.3	<i>Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores</i>	35
3.4	<i>Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina</i>	36
4.	Avaliação da Intervenção	37
4.1	<i>Resultados</i>	37
4.2	<i>Discussão</i>	42
4.3	<i>Relatório da Intervenção para os Gestores</i>	43
4.4	<i>Relatório da Intervenção para Comunidade</i>	45
5.	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem na implementação da intervenção	46
	<i>Referências</i>	48
	ANEXOS	49

Apresentação

O presente trabalho é parte das atividades desenvolvidas no curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS, na Universidade Federal de Pelotas. Este volume abrange as seguintes partes: 1) Análise situacional, na qual é realizada a análise e descrição da unidade básica de saúde, incluindo a comparação da estrutura física, das atribuições dos profissionais e das atividades de controle social e educação em saúde com o marco legal e também a análise do processo de trabalho envolvido no atendimento à demanda e na atenção às ações programáticas; 2) Análise estratégica – Projeto de intervenção, seção a qual é definido o projeto de intervenção sobre a melhora da atenção à saúde dos portadores de HAS e DM, onde são definidos objetivos, metas, ações necessárias em cada eixo – Organização e Gestão do Serviço, Monitoramento e Avaliação, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica - para atingir as metas; 3) Relatório da intervenção que aborda sobre as ações que foram realizadas, o que precisou ser feito para colocá-las em prática, o que foi modificado do projeto, o número de usuários que envolveu, qual a participação dos diversos membros da equipe, as dificuldades encontradas para a realização da intervenção, explicações referente às dificuldades, além de sugestão de alterações necessárias à melhoria da intervenção segundo a realidade da UBS; 4) Avaliação da intervenção, etapa que aborda sobre a avaliação dos resultados alcançados; o atingimento das metas; a adequação das ações, registros e instrumentos de coleta de dados; o efeito da intervenção na unidade básica de saúde, na equipe, nos usuários do serviço e na população-alvo; 5) Relatório da intervenção para os gestores; 6) Relatório da intervenção para a comunidade; 7) Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, abordando sobre o desenvolvimento do meu trabalho no curso em relação as minhas expectativas iniciais, o significado do curso para minha prática profissional e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia Saúde da Família

A unidade básica de saúde (UBS) na qual atuo, Dr. José Tude de Godoy está localizada em um bairro do município de Dom Pedrito/RS, caracterizado por uma população com poucos recursos financeiros, em sua maioria vivem com um salário mínimo, possuem baixa escolaridade, uma qualidade de vida precária e apresentam inúmeros problemas de saúde. Não costumam permanecer por muito tempo na mesma residência. Com a instalação desta UBS estamos conseguindo mudar a vida e a rotina desta comunidade através do atendimento prestado por nossa equipe de trabalho.

A equipe da unidade é formada por cinco agentes comunitários de saúde (ACS), um técnico de enfermagem, o qual está presente somente quando não faz atendimento na ambulância, e um médico. Ainda não possuímos enfermeiro e odontólogo por falta de disponibilidade de pessoal por parte da secretaria de saúde.

A estrutura física da unidade de saúde ainda não possui todos os serviços necessários para um excelente funcionamento. Contamos hoje com uma sala de atendimento médico, uma sala de triagem onde realizamos testes de glicemia e uma sala para marcações e agendamentos, a qual serve para espera do público aos atendimentos.

A relação social entre a comunidade e a equipe de trabalho é muito satisfatória e importante para o bom funcionamento dos serviços prestados e para melhorar a satisfação do público. Nossa equipe de trabalho além dos atendimentos ambulatoriais que são realizados durante toda a semana, realiza consultas, no período da tarde, realiza visitas domiciliares à usuários acamados, com dificuldade de locomoção, com deficiência física e mental. Ainda disponibilizamos de horários para palestras educativas e preventivas, grupo de risco, gestantes, idosos, hipertensos e diabéticos. Também fazemos orientações alimentares.

Os ACS, durante suas visitas, classificam e selecionam as prioridades da comunidade com relação à saúde, orientam e encaminham para a Unidade Básica. Estes profissionais são considerados um pilar importante para o sistema de saúde municipal, pois eles realizam um trabalho fundamental para o bom funcionamento da unidade de saúde.

Ainda precisamos de melhorias na unidade como sala de vacinas, distribuição de exames, farmácia básica, sala para procedimentos técnicos de enfermagem como curativos, retirada de pontos, aplicação de injeção e sala para procedimentos ginecológicos completos. Além disso, precisamos dos serviços prestados pelo sistema de saúde, pois o público ainda sente uma grande dificuldade em relação ao acesso a exames complementares, atendimentos com profissionais especializados devido a carência do município que por falta de estrutura e recursos, os usuários são transferidos para outros municípios com mais capacidade de especialistas.

As ações voltadas para a promoção da saúde e prevenção de doenças já está refletindo em outros níveis do serviço, pois estamos conseguindo reduzir o número de atendimentos realizados pelo pronto socorro do município. Estamos conseguindo conscientizar um grande número de jovens quanto à natalidade infantil, as doenças sexualmente transmissíveis, o uso de preservativos, uso de drogas e álcool. Com as ações de promoção e prevenção estamos melhorando a qualidade de vida de idosos, hipertensos e diabéticos, diminuindo o sedentarismo. Reduzimos a mortalidade infantil dando prioridade no atendimento às gestantes com consultas agendadas, visitas domiciliares e atendimentos a crianças, recém nascidos, sendo acompanhados pelo agente de saúde todos os meses, para identificação de problemas e encaminhados para uma primeira avaliação na unidade de saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Dom Pedrito possui uma população de 42 000 habitantes, conta com quatro Unidades Básicas de Saúde, sendo uma delas tradicional. A Atenção especializada em sua maioria precisa ser encaminhada a outros municípios. Temos disponibilidade de serviço hospitalar e disponibilidade de realização de exames complementares e disponibilidade de NASF.

A Unidade Básica Dr José Tude de Godoy está localizada na zona urbana, é vinculada ao SUS e também com instituições de ensino. Atende uma população de 2436 habitantes, sendo que 1027 são mulheres. Atualmente a Unidade funciona

com atendimento diário de segunda a sexta feira. No turno da manhã são realizadas as consultas e no turno da tarde são desenvolvidos alguns projetos e feitas visitas domiciliares aos idosos, acamados e outros usuários com necessidade de atendimento.

A equipe de saúde é composta por uma médica, uma odontóloga, um técnico de enfermagem, e cinco agentes comunitários de saúde - ACS. Nosso principal objetivo é proporcionar à comunidade atendimento médico de qualidade, sempre pensando no bem-estar do usuário, proporcionando consultas imediatas e com eficácia. As principais prioridades são crianças, gestantes, idosos e usuários com doenças crônicas. Os atendimentos acontecem através da disponibilização de fichas diárias, respeitando a ordem de chegada, em seguida é feito triagem, então passam para a consulta médica ou outro atendimento. São realizadas também visitas domiciliares de acordo com a prioridade de cada usuário. Em situações de urgência o atendimento é imediato. Não sendo possível o atendimento na unidade, o usuário é encaminhado ao pronto socorro acompanhado por um técnico de enfermagem.

Quando se considera que a média por unidade básica são cerca de 3000 habitantes por equipe, podemos considerar que estamos dentro da média no que se refere a população adstrita. Nossa equipe trabalha motivada para manter um atendimento de qualidade e eficácia para todos os moradores das comunidades as quais atendemos.

No que se refere à estrutura física, conseguimos ampliar alguns locais como o o consultório odontológico que ainda não está incorporada à equipe, já possuíamos uma sala de recepção, uma sala para os agentes comunitários e uma sala de enfermagem. Precisamos de melhorias na unidade como sala de vacinas, medicações na farmácia, sala para procedimentos técnicos de enfermagem como curativos, retirada de pontos, aplicação de injeção e sala para procedimentos ginecológicos completos.

Temos muitas barreiras arquitetônicas como presença de escadas, banheiros não adaptados para idosos ou com pessoas com dificuldades de locomoção. Na rua que está localizada a unidade de saúde há muitos buracos, dificultando também o acesso. A prefeitura fez um estudo para melhorar essa situação.

Realizamos atendimento de puericultura aos menores de 12 meses, um dia por semana. Neste atendimento participam um médico geral, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, agendando a próxima consulta

programada após a consulta de puericultura. Existe demanda de crianças de 72 meses de idade para atendimento de problemas agudos pertencente a área de cobertura da UBS. Seguimos o protocolo de atendimento de puericultura elaborado pelo Ministério de Saúde e equipe de saúde da UBS, publicado do ano 2013. Os profissionais que utilizam o protocolo são médico geral, o técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Diferentes ações são desenvolvidas no cuidado às crianças, tais como diagnóstico e tratamento com clínico geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, imunizações, prevenção de anemia, prevenção da violência, promoção de aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde, utilizando classificação para identificar crianças de alto risco. Os atendimentos das crianças são registrados em prontuário clínico e ficha-espelho de vacinas. Os profissionais solicitam a caderneta da criança, conversam sobre as dicas de alimentação saudável, o significado na curva de crescimento, assim como explicam sinais de risco na curva e chamam atenção para a data da próxima vacina.

Na UBS existe o programa Bolsa Família e o responsável pelo cadastramento das crianças são os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários de saúde. O responsável pelo envio dos cadastros à Secretaria Municipal de Saúde é o diretor administrativo. Existem outros programas do Ministério da Saúde os quais são SISVAN Criança e Saúde de Ferro e Suplemento de Vitamina A. Na UBS existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação do programa, estes são: técnico de enfermagem, médico geral e agentes comunitários de saúde, os quais fazem reuniões sem periodicidade definida. Há também profissionais que se dedicam à avaliação e monitoramento do Programa, estes são: técnico de enfermagem e médico geral. As fontes utilizadas pelos profissionais para realizar avaliação são registros específicos de puericultura e prontuário.

Há um total de 19 crianças menores de um ano residentes na área adstrita com uma cobertura de 66%. Quanto aos indicadores de qualidade, temos 79% (15) das crianças com as consultas em dia, 25% (4) com atrasos nas consultas agendadas, 100% (19) com o teste do pezinho até sete dias e com a primeira consulta de puericultura. Temos também 100% do total de crianças menores de um ano com monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta. Todas as crianças (100%) estão com as vacinas em dia, com avaliação para saúde

bucal e recebem orientações sobre aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes. Não realizamos triagem auditiva.

Em relação ao pré-natal e puerpério, temos um total de nove gestantes o que representa 36% da população total. Temos um total de sete gestantes que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, representando 78% do total de gestantes, oito (89%) gestantes com consultas de acordo com o calendário e todas com solicitação dos exames e vacinas na primeira consulta.

O atendimento de pré-natal é realizado toda segunda-feira nos dois turnos pelo clínico geral e havendo indicação de risco, a gestante é encaminhada para o ginecologista e obstetra. Após a consulta, todas as gestantes saem da UBS com a próxima consulta agendada e com a solicitação dos exames sempre que necessário. Seguimos o protocolo de atendimento do Ministério da Saúde, Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde. O protocolo é utilizado pelo técnico de enfermagem, médico geral e médico ginecologista. Muitas ações são desenvolvidas como diagnósticos de problemas clínicos, de saúde bucal, controle dos cânceres do colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção de: aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis e de atividade física e saúde bucal. Os profissionais realizam avaliação e classificação do risco gestacional. Existe arquivo específico para os registros dos atendimentos às gestantes, que é revisado periodicamente (semanal) pelo auxiliar administrativo e recepcionista com a finalidade de verificar gestantes faltosas, a completude de registros, identificar gestantes em data provável de parto e gestantes com pré natal de risco.

Os profissionais de saúde sempre solicitam cartão pré-natal nos atendimentos, preenchem com as informações atuais da gestante, conversam com a gestante sobre as dicas de alimentação saudável, explicam o significado do posicionamento do peso na curva de ganho de peso da carteira do cartão de pré natal, chamam atenção para data da próxima vacina. Conversam com a gestante sobre as práticas de promoção do aleitamento materno, sobre os cuidados com o recém nascido, sobre os riscos de tabagismo, do álcool e das drogas na gravidez, sobre a anticoncepção no pós-parto. Recomendam que a gestante realize revisão puerperal até os 7 dias de pós parto e de 30 e 42 dias de pós-parto. Existe um programa SISPRENATAL do Ministério da saúde(SISTEMA DE ATENÇÃO PRENATAL) e o responsável é o técnico de enfermagem assim como pelo envio dos cadastros à Secretária Municipal de saúde. Existem profissionais que se dedicam ao

planejamento, gestão e coordenação do programa como o técnico de enfermagem e médico geral.

Quanto a prevenção do câncer de colo de útero e mama, são realizadas palestras para todas as mulheres da área de cobertura quanto ao uso correto dos preservativos, os quais são distribuídos à população, juntamente com folder informativo. Também são realizadas ações de acordo com o protocolo de prevenção do câncer de colo de útero e mama, voltadas para a realização periódica do exame preventivo do câncer do colo de útero, através da coleta de exame citopatológico. A coleta do exame é realizada pelo médico, uma vez na semana, em dois turnos, sendo que 30% dos atendimentos são para mulheres fora da área de cobertura.

É investigado os fatores de risco para o câncer de colo uterino em todas as mulheres que realizam o exame, assim como a história pregressa familiar. Existe um arquivo específico para o registro dos resultados dos exames citopatológicos, o qual é revisado periodicamente e com frequência mensal, para verificar mulheres com exame de rotina em atraso, com exame alterado em atraso, completude de registros e avaliar a qualidade do programa. A revisão do arquivo é feita pelo médico ginecologista e auxiliar de enfermagem.

Existem profissionais que se dedicam ao planejamento gestão e coordenação do programa de prevenção do câncer de colo uterino como o médico geral e o médico ginecologista os quais realizam reuniões mensais. O médico ginecologista realiza avaliação e monitoramento do programa de prevenção do câncer de colo uterino e disponibiliza relatórios com frequência mensal.

Após preencher o Caderno das Ações Programáticas, conseguimos observar que o número estimado de mulheres entre 25 e 64 anos na nossa área adstrita é de 219, correspondendo 33% do total da população. Temos 45 mulheres (21%) com o exame citopatológico em dia, 25 (11%) estão com atraso há mais de 6 meses, 5 mulheres estão com o citopatológico alterado e 41 mulheres obtiveram amostra satisfatória. Observamos também que 91% das mulheres receberam orientações sobre prevenção de câncer de colo de útero e Doença de transmissão sexual

Na UBS são realizadas ações para o controle da obesidade das mulheres da área de cobertura, ou seja, ações de estímulo à prática regular da atividade física. Também são realizadas ações que orientem sobre o consumo excessivo de álcool e drogas. Ações de educação para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, assim como exame clínico de mamas e solicitação de mamografia. Nesta

semana chegará o mamógrafo para o município, não sendo mais necessário o deslocamento do usuário a outro município para a realização do exame.

Existe protocolo de controle do câncer de mama os quais são utilizados pelo médico ginecologista. Os profissionais de saúde investigam os fatores de risco em todas as mulheres que realizam as ações de rastreamento. Temos na unidade três mulheres com alteração nas mamas que foram encaminhadas ao ginecologista. Existem profissionais que se dedicam ao planejamento gestão e coordenação das ações de controle do câncer de mama, os quais são o médico geral e ginecologista. A avaliação e monitoramento das ações de controle do câncer de mama são coordenados pelo médico ginecologista, o qual utiliza os prontuários.

Após o preenchimento do Caderno das ações programáticas, observamos que há 73 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área, representando 29% do total da população adstrita. Temos 28 (38%) com mamografia em dia, 15 (21%) mulheres com mamografia com mais de 3 meses em atraso. Apenas 3 (4%) receberam avaliação de risco para câncer de mama e 100% receberam orientações sobre a prevenção do câncer de mama.

As estratégias que eu posso utilizar na UBS para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado são a programação em conjunto com os ACS de visitas domiciliares para realizar avaliação e orientação de assistência a consulta programada, para fazer tratamento e em caso oportuno, encaminhamento ao ginecologista.

Quanto ao controle dos hipertensos e diabéticos, realizamos ações importantes como orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, ações para o controle do peso corporal, práticas regulares de atividades físicas, ações que orientem sobre tabagismo, sobre o consumo excessivo do álcool e suas conseqüências, todas embasadas no protocolo de atendimento para HAS e DM.

Na UBS se realiza atendimento aos adultos portadores de HAS, cinco dias por semana em todos os turnos. Existem também adultos fora da área que realizam atendimento em nossa UBS. Nestes atendimentos participam o médico da família, técnico de enfermagem e contamos com a ajuda também de nossos agentes comunitários que orientam e acolhem os hipertensos antes de entrar na consulta. Existe muita demanda de atendimento de usuários com HAS da área e fora desta com problemas agudos devido a HAS. Estes são atendidos no momento.

Diferentes ações são desenvolvidas no cuidado aos hipertensos, estes são: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal, problemas de saúde mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e tabagismo. Os profissionais de saúde não utilizam protocolos para regular o acesso da saúde a outros níveis. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico.

Na UBS existe programa Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) O responsável pelo cadastramento dos adultos é a técnica de enfermagem. Os cadastros são enviados à secretaria municipal de saúde pelos agentes comunitários. A equipe de saúde realiza atividades com os grupos de adultos com HAS, estes são realizadas na UBS e na comunidade. Existem aproximadamente 232 pessoas que são atendidas na UBS com HAS, os quais são atendidos pelo médico de família, técnica de enfermagem e ACS. De acordo com o caderno das ações programáticas, a estimativa é que 87% da população da área adstrita são hipertensos com 20 anos ou mais.

Existem profissionais que se dedicam a avaliação, monitoramento, planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas. Estes são o médico clínico geral e técnica de enfermagem. Os profissionais produzem relatórios com os resultados encontrados com frequência mensal.

Quanto ao Diabetes Mellitus, os atendimentos são realizados 5 dias por semana, em todos os turnos. Destes atendimentos participam o médico clínico geral, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Após a consulta o adulto com DM sai da UBS com a próxima consulta programada. Não existe demanda de atendimentos agudos para esta enfermidade.

Diferentes ações são desenvolvidas para o cuidado dos adultos com DM, estes são: Imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de saúde bucal e saúde mental. Diagnóstico e tratamento do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo e do tabagismo. Os profissionais utilizam classificação para estratificar o risco cardiovascular dos adultos portadores de DM. Utilizam também protocolos para regular o acesso a outros níveis de saúde como são encaminhamento para serviços de pronto atendimento e de pronto socorro. Todos os atendimentos são registrados em prontuários.

A equipe de saúde realiza atividades com os grupos de DM, as quais são realizadas na UBS e na comunidade, onde são explicados os sinais de complicação

de DM e todas as orientações de prevenção. Participam desta ação os profissionais: médico clínico geral, técnica de enfermagem e agentes comunitários de saúde, os quais também se dedicam a avaliação e monitoramento, ao planejamento, gestão e coordenação das ações com adultos com DM, dispensando relatórios com frequência mensal.

São atendidos aproximadamente 20 usuários por mês com DM e de acordo com o preenchimento do caderno das ações programáticas, os diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área, representam 65% da população. No que se refere aos indicadores de qualidade, há realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico para 57% dos hipertensos e 52% dos diabéticos. Também observamos que 54% dos hipertensos e 49% dos diabéticos estão com exames complementares em dia. Constatamos também que 75% dos diabéticos estão com exame físico dos pés em dia nos últimos 3 meses, 52% com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, 56% estão com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses

Todos os hipertensos e diabéticos recebem orientações nutricionais para alimentação saudável, assim como para prática de atividades físicas regulares. Em relação a saúde bucal, 100% dos hipertensos e 52% dos diabéticos receberam avaliação. É importante citar que algumas deficiências são encontradas como a existência de um especialista para o seguimento das patologias ou verificação das complicações, sendo necessário o encaminhamento do usuário para outros municípios, levando a realização tardia de alguns exames.

No que se refere a saúde do idoso, há em nossa área idosos que estão com 100 anos. Muitos acamados ou com dificuldade de locomoção que recebem atendimento domiciliar todos os meses. Há muitos casos de maus tratos aos idosos por parte dos familiares e comunidade, o que exige dos profissionais de saúde planejamento e capacitação para podermos auxiliar nestas situações. Os CAPS estão literalmente mais próximos dos idosos que necessitam de atendimento especial. Muitos deles encontram-se com problemas como depressão, ansiedade e desta forma, observa-se a grande necessidade da presença do profissional psicólogo que ainda não temos de forma direta em nossa equipe. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família não consegue comportar a grande demanda dos idosos que necessitam de atendimentos psicológicos.

Estamos procurando parceiros para realização de algumas atividades de saúde mental e práticas de exercícios físicos. Os atendimentos aos idosos são realizado todos os dias em todos os turnos por demanda livre para atendimento de problemas de saúde agudos tanto para idosos da área, como de fora da área de cobertura. Além das consultas programadas para acompanhamento que são uma vez na semana pela manhã. Existe atendimento, mas não existe excesso de demanda. Os atendimentos dos idosos são registrados em prontuários clínicos e são realizados pelo médico, técnico de enfermagem e agentes comunitários. Também são desenvolvidas ações no cuidado aos idosos como imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínico geral e necessidade de acompanhamento a outra especialidade. Também as quartas -feiras a tarde realizamos as visitas domiciliares. A equipe de saúde trabalha em diferentes ações que são voltadas para a melhoria da saúde destes usuários, como atenção clinica geral, palestras referentes a temas importantes como a realização de exercícios físicos, a alimentação saudável e a importância do correto controle das doenças crônicas entre outras.

Gostaria de destacar também que apesar dos idosos e outros usuários necessitarem com urgência de atendimento de um odontologo, estamos sem o profissional desde novembro, o que gera atraso e deficiência no controle da saúde bucal destes usuários,mas sempre fazemos palestra sobre higiene bucal. Observo este atendimento como um pilar importante para a saúde dos idosos, visto que a falta de higiene bucal pode ser a porta de entrada para diversas doenças infecciosas. Além disso, uma boa mastigação facilita a digestão e evita diversas complicações intestinais. Os idosos constituem-se em um grupo vulnerável da sociedade sobre o qual nós devemos incrementar nossos esforços para oferecer uma melhor qualidade de vida. Para isso é importante um trabalho em equipe de qualidade e humanizado, voltado para melhorar o estilo de vida desta população.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise situacional.

Ao iniciarmos a Análise Situacional, havia muitas irregularidades tanto nos atendimentos quanto no desvio de função entre os membros da equipe, pois os ACS eram responsáveis também pela recepção da unidade. Hoje é possível perceber o quanto evoluímos, a começar pela melhoria da estrutura física, pois não temos mais o consultório de odontologia fechado, havendo um odontólogo integrado à equipe.

contamos também com uma enfermeira. Foi preciso somar esforços entre comunidade, políticos e gestores, os quais realizaram um estudo da estrutura física da UBS que nos permitiu a melhoria na iluminação e ventilação das salas, foram instalados dois ventiladores e um ar condicionado. Foi possível também capacitar os profissionais que se inseriram mais tardiamente à equipe para a realização das atividades na UBS.

É possível inferir que houve uma grande mudança também na concepção dos profissionais de saúde a respeito do que é ideal para o processo de trabalho na atenção básica. O conhecimento das fragilidades apresentadas durante a análise situacional permitiu a realização de uma análise mais profunda do serviço, observando as fragilidades, aspectos que eram possíveis de ser melhorados de imediato, bem como aqueles que necessitavam de maiores esforços para serem alcançados. Desta forma, foi possível reivindicar a melhoria da situação de nossa UBS.

2. Análise Estratégica: Projeto de intervenção

2.1 Justificativa

Uma intervenção voltada para a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos no contexto da atenção primária à saúde constitui-se como fator primordial para proporcionar uma grande melhora dos indicadores de saúde e da qualidade de vida da população adstrita, já que essas enfermidades crônicas são importantes fatores de risco no desenvolvimento de doenças cardiovasculares, as quais constituem as principais causas de morbimortalidade na população brasileira. A hipertensão arterial sistêmica é uma doença que representa um dos maiores problemas de saúde no Brasil gerando elevado custo social. O acidente vascular cerebral (AVC), uma das principais complicações da hipertensão e do diabetes, se tornou a principal causa de morte no Brasil, atingindo 40% da população (BRASIL, 2006).

Ao longo dos próximos 20 anos, estima-se que 25,1 milhões de pessoas, ou 8,7% da população adulta, terá diabetes. Estima-se que esse número irá aumentar em quase 60%, atingindo quase 40 milhões de pessoas. Além disso, as estimativas atuais indicam que 15,1 milhões de pessoas, ou 5,25% da população adulta, têm prejudicado a tolerância à glicose. O Brasil tem o maior número de pessoas com diabetes, com 12,4 milhões, seguido pela Colômbia, Venezuela e Argentina. Além disso, Porto Rico tem a maior prevalência de diabetes em adultos, com 13,3%, seguida pela Nicarágua (11,2%), Venezuela (10,5%) e Brasil (10,4%) (BRASIL, 2006).

Atualmente o número estimado de hipertensos residente na área são de 472 usuários e 102 diabetes. A Unidade de saúde Tude de Godoy funciona com atendimento de segunda a sexta feira. Pelas manhãs são realizadas consultas e as tardes são desenvolvidos alguns projetos e feitas visitas domiciliares a idosos, acamados e outros com necessidade de atendimento como doença crônica. São

realizadas visitas com freqüência para os usuários com diabetes e hipertensão por termos uma demanda muito grande deles com dificuldades para acessarem o serviço.

Algumas ações já estão sendo desenvolvidas com esta população, como a atualização dos prontuários, visitas domiciliares, realização de consultas semanais e educação em saúde. No entanto, com a intervenção pretendemos realizar busca ativa aos faltosos nas consultas e também organizar melhor nosso arquivo para os registros de informações importantes decorrentes das consultas, a fim de que se torne possível a realização rotineira do planejamento, avaliação e monitoramento da respectiva ação programática.

O atendimento dos usuários diabéticos e hipertensos deve ser feito dentro de uma rede de atenção a saúde, sendo que a equipe de atenção primária deve ter conhecimento do fluxo de encaminhamento para os outros níveis de atenção quando necessário. No entanto ainda temos dificuldade neste aspecto, pois muitas vezes não temos endocrinologista, cardiologista e odontólogo, dificultando a atenção desta população. Esta é a principal dificuldade em nosso serviço de saúde. Já levamos esta situação à secretaria de saúde, a fim de encontrarmos uma solução, no entanto ainda estamos vivenciando este impasse.

Portanto, a realização desta intervenção na nossa área de abrangência será de extrema importância e necessidade, pois proporcionará um acompanhamento adequado aos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes, garantindo um atendimento de qualidade, de acordo com o protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde.

2.2.Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na Unidade Básica de Saúde Dr. José Tude de Godoy no município de Dom Pedrito/RS.

2.2.1.Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos;
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos;
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa;
4. Melhorar o registro das informações;

5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2.2 Metas

Metas relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

1. Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;
2. Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde,

Metas relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

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

Metas relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

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

Metas relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

13. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
14. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;
Metas relativas ao objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular
15. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
16. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;
Metas relativas ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.
17. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;
18. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;
19. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos;
20. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos diabéticos;
21. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos;
22. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos;
23. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos;
24. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos.

2.3. Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Tude de Godoy no município de Dom Pedrito/RS. Participarão da intervenção usuários portadores de HAS e DM da área de abrangência da unidade de saúde.

2.3.1 Detalhamento das Ações

A ação programática a qual iremos realizar intervenção, na nossa área de abrangência, é sobre a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus. Com relação a cada objetivo específico da respectiva ação programática, vamos buscar desenvolver algumas ações em quatro eixos, os quais são: monitoramento e avaliação, organização e gestão de serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

Desta forma, para ampliar a cobertura dos hipertensos e diabéticos pretendemos cadastrar 95% desta população no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Dentre as ações desenvolvidas para o alcance da meta, no eixo **monitoramento e avaliação** iremos monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados, para isso serão avaliadas semanalmente todas as fichas de registro, também a revisão de todos os prontuários de diabéticos e hipertensos cadastrados em nossa área e precisar a quantidade exata dos mesmos. Será feito também um resumo semanal de todos os registros realizados durante a semana. Quanto a **Organização e Gestão do Serviço**, será garantido o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa. Para isso será utilizado a ficha-espelho disponibilizada pelo curso, a qual contém todas as informações necessárias a respeito do usuário e, realizado o cadastro desta população juntamente com o apoio da equipe de saúde e médico especialista, em consultas priorizadas para este grupo e visitas domiciliares. Quanto ao acolhimento, todos os profissionais da equipe serão responsáveis por garantir a realização do mesmo diariamente na unidade. Em cada consulta será preenchido a ficha espelho e agendada a próxima consulta de acordo com a necessidade de cada usuário. Buscaremos também junto a gestão garantir a obtenção de todo o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Quanto ao **engajamento público**, todo o processo de informação, orientação, esclarecimento, será realizado através de palestras educativas com a população, com periodicidade a cada 15 dias pelo médico e equipe de saúde. No que se refere a **Qualificação da Prática Clínica** disponibilizaremos de um horário após as reuniões de equipe para treinar e conversar sobre a atenção integral dos usuários com diabetes mellitus e hipertensão arterial. Também garantiremos uma versão

atualizada dos protocolos impressa na unidade de saúde, para que assim seja possível aplicá-lo a toda a população em risco.

A fim de melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, quanto ao **monitoramento e avaliação** será monitorado a realização do exame clínico para os hipertensos e diabéticos, o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo, assim como o acesso aos medicamentos da farmácia popular. Para isso será realizada uma revisão mensal em todas as fichas registros e prontuários de cada usuário e também a lista de medicamentos da farmácia. Quanto a **Organização e Gestão do Serviço**, será definida a atribuição de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos. Será também organizada a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, os quais serão atualizados a cada 15 dias. Será providenciada a versão atualizada do protocolo impresso no serviço. Quanto ao controle das medicações será realizado um controle de estoque, incluindo validade, dos medicamentos e atualização do registro dos medicamentos necessários para os hipertensos e diabéticos na unidade de saúde.

Quanto ao **engajamento público**, serão realizadas palestras quinzenais para orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientar também quanto a necessidade e periodicidade de realização de exames complementares. Quanto a **qualificação da prática clínica**, a equipe será capacitada para a realização de exame clínico apropriado, assim como para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA. Também para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Para melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, quanto ao **monitoramento e avaliação**, será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), através da avaliação dos prontuários e fichas-espelho. Quanto a **Organização e Gestão do Serviço**, serão organizadas visitas domiciliares semanais para buscar os faltosos, com a ajuda dos Agentes Comunitários de Saúde. Será também disponibilizado um turno diário para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Quanto ao **engajamento público**, durante as palestras realizadas na unidade e também

durante as consultas individuais ou nas visitas domiciliares os portadores de diabetes e hipertensão, assim como a comunidade será informada sobre a importância da realização das consultas e sobre a periodicidade preconizada para a realização das mesmas. Quanto a **qualificação da prática clínica**, os ACS serão treinados para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

A fim de melhorar o registro das informações, no **monitoramento e avaliação**, será feito um acompanhamento diário a respeito da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Na **organização e Gestão do Serviço**, iremos manter as informações do SIAB atualizadas, implantar registro específico de acompanhamento. Será definida uma pessoa específica para fazer o controle dos registros, sempre atentando para os atrasos nas consultas e da não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. Quanto ao **engajamento público**, os pacientes e a comunidade serão orientados tanto nas consultas como nas visitas domiciliares, sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Na **qualificação da prática clínica**, a equipe será treinada para o devido preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético na unidade.

Para mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, no eixo **monitoramento e avaliação**, será monitorado através das fichas espelho, o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Quanto a **qualificação da prática clínica**, será priorizado o atendimento a todos os usuários com pressão arterial elevada e com elevados níveis de glicose. Também serão considerados prioridade todos aqueles usuários que apresentarem fatores de risco para estas doenças. No que se refere ao **engajamento público**, os usuários serão orientados nas consultas, nas visitas domiciliares e grupos, quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Quanto a **qualificação da prática clínica**, durante os encontros para as capacitações, a equipe será capacitada para realizar estratificação de risco segundo o score de Framingham ou de lesões em órgãos

alvo, para a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Para promover a saúde de hipertensos e diabéticos, no eixo **monitoramento e avaliação**, será monitorado através dos registros dos usuários a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o odontólogo; a realização de orientação nutricional, para a prática de atividade física regular, assim como a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos. Para a **organização e Gestão do Serviço**, iremos conversar para organizar um horário na agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e ao diabético. Organizaremos nos grupos, práticas coletivas sobre alimentação saudável. Será também solicitado ao gestor parcerias institucional para envolver educadores físicos nesta atividade e também a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”. No **engajamento público**, tentaremos buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde; conversaremos com a comunidade para demandar junto aos gestores municipais a garantia da disponibilização do atendimento com o odontólogo. Também orientaremos nas reuniões e consultas, os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular e aos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Para a **qualificação da prática clínica**, a equipe será capacitada quanto a avaliação e tratamento bucal do hipertenso e diabético, também sobre práticas de alimentação saudável, para o tratamento de usuários tabagistas, bem como sobre metodologias de educação em saúde.

2.3.2. Indicadores

Indicadores de Cobertura

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.

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.

Indicadores de Qualidade

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

9. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

10. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Indicadores de adesão

11. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

12. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Indicadores de Registro.

13. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

14. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Indicadores de Risco cardiovascular.

15. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

16. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Indicadores de promoção da saúde.

17. 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.

18. 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.

19. 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.

20. 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.

21. . 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.

22. 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.

23. 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.

24. 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 no programa de hipertensos e diabéticos, vamos adotar o protocolo de atendimento ao usuário hipertenso e diabético do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006). Nossa unidade de saúde não possui sistema informatizado. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção o médico e o enfermeiro irão utilizar a ficha espelho disponibilizada pelo

curso, a qual contém todas as informações necessárias, tais como: total de hipertensos e diabéticos da área de abrangência, exame clínico apropriado, exames complementares em dia de acordo com o protocolo, prescrição de medicamentos da farmácia popular, necessidade de atendimento odontológico, faltosos às consultas médicas, estratificação do risco cardiovascular, orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Estimamos alcançar com a intervenção 95% dos hipertensos e dos diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor da totalidade das fichas necessárias e para imprimir as fichas complementares.

Para organizar o registro específico do programa, o médico, a enfermeira e os demais membros da equipe localizarão os prontuários do total de hipertensos e diabéticos da área de abrangência, e transcreverão todas as informações disponíveis para a ficha espelho. Também será realizado o primeiro monitoramento, anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe de saúde da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre Protocolo de atendimento ao hipertenso e diabético. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isso serão reservados 2 horas ao final da semana, após a reunião de equipe e o médico será responsável pela organização da mesma.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado por todos os membros da equipe. Serão reservadas quatro consultas diárias em um mesmo turno com prioridade no agendamento e sairão da unidade básica com a próxima consulta agendada.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do controle de fatores de risco para estas doenças. Também realizaremos palestras sobre a importância da prática de atividade física regular e para abandonar o tabagismo. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos e diabéticos.

Semanalmente a equipe de saúde examinará as fichas espelho dos hipertensos e diabéticos identificando aquelas que estão com consultas e exames em atraso. O agente comunitário de saúde fará a busca ativa de todos os hipertensos e diabéticos em atraso. Ao fazer a busca, já agendará a consulta para

um horário que seja conveniente para o usuário. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

2.3.4Cronograma

Cronograma

ATIVIDADES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Hipertensão e diabetes	x	x														
Definir atribuições de cada membro da equipe, no desenvolvimento da ação programática.	x															
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de pacientes hipertensos e diabéticos.	x	x														
Cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área adscrita no programa.	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	X
Atendimento clínico dos pacientes hipertensos e diabéticos	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	X
Contato com líderes comunitários para informar sobre a importância da ação programática e sobre como ela deve ocorrer.	x				x				x				x			
Busca ativa dos pacientes faltosos às consultas.	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	X
Monitoramento da intervenção.	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	X
Ações de promoção à saúde	X							x				x				X
Visitas domiciliares dos pacientes Hipertensos e Diabéticos que se encontram impossibilitados de comparecer à UBS.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
Atendimento dos pacientes de alto risco.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
Registro das informações.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
Monitoramento do exame clínico, exames complementares e do acesso às medicações da farmácia básica.	x		x		x		x		x		x		x		x	
Reunião da equipe para planejamento e avaliação da ação programática.				x				x				x				X

3. Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas.

Chegamos ao final da intervenção com todas as ações previstas no cronograma realizadas, principalmente as atividades voltadas para a promoção da saúde, pilar importante para a qualificação da assistência. Realizamos a capacitação dos profissionais da UBS, baseando-se no protocolo do Ministério da Saúde sobre hipertensão e diabetes. Os ACS foram capacitados para a realização das buscas ativas dos usuários hipertensos e diabéticos. A princípio apresentamos algumas dificuldades para a realização das capacitações, como falta de local apropriado e a troca constante da equipe de enfermagem. No decorrer das atividades, conseguimos um espaço no Rotary Clube do município, onde as reuniões para as capacitações eram realizadas nas quintas-feiras as 16h30min. Desde então, com a equipe de enfermagem completa, damos prosseguimento com as atividades. No início, havia muitas dúvidas, principalmente por parte dos agentes comunitários, mas conseguimos com que todos os profissionais ficassem engajados e dedicados na intervenção com muito entusiasmo.

Foram definidas as atribuições de cada membro da equipe para o desenvolvimento das ações. Os atendimentos clínicos foram realizados nas terças e quartas-feiras no período da manhã. No início tivemos mais faltosos, mas com as buscas ativas e a divulgação do projeto na comunidade, esse número foi diminuindo gradativamente. Tivemos uma média de cinco hipertensos e diabéticos atendidos na semana. Os horários de atendimentos eram reduzidos, pois estávamos em uma época muito difícil principalmente para os idosos, o inverno. Por isso, optamos por iniciar os atendimentos após as 10 horas da manhã, o que de certa forma, reduzia também o número de pessoas atendidas em um período.

Fizemos contato com os líderes comunitários, os quais não acreditavam muito em nosso trabalho, mas como a divulgação e a satisfação da comunidade, que

começou a ficar explícita, eles acabaram contribuindo com os profissionais de saúde. Realizamos quatro reuniões com os líderes comunitários com adesão de todos. A participação da comunidade foi fundamental para o desenvolvimento da intervenção, pois todos aderiram e ficaram muito satisfeitos com a melhoria da qualidade dos atendimentos.

Também realizamos as buscas ativas para os hipertensos e diabéticos faltosos as consultas. Nesta ação não tivemos dificuldades, pois contamos com o apoio dos agentes comunitários, os quais realizavam as buscas através das visitas domiciliares.

Para realizar o monitoramento da intervenção contamos com o apoio de todos da equipe, inclusive dos líderes comunitários, da secretaria de saúde e também da assessora de saúde que se manteve constantemente auxiliando na organização do trabalho.

As ações de promoção da saúde foram realizadas em uma igreja da comunidade que se localiza perto da unidade de saúde. Nesta ação contamos com a participação de todos da equipe e com uma boa adesão da comunidade. Foi realizado um total de oito encontros com usuários e familiares. É importante destacar aqui o apoio que recebemos do pastor da igreja e da assessora de saúde. Em muitas ocasiões tivemos a presença da nutricionista, pedagogo e os demais profissionais envolvidos em nosso projeto. Foram ofertadas orientações quanto a alimentação saudável, estilo de vida, prática saudável de exercício físico, higiene pessoal e ambiental, luta contra vetores, saneamento em toda a comunidade. Estas ações foram muito comentadas, inclusive saiu uma matéria a respeito no jornal local do município, parabenizando toda a equipe pelo trabalho realizado.

As visitas domiciliares costumavam acontecer todas as semanas e todos da equipe participaram desta ação. Durante a realização das visitas nas residências dos hipertensos e diabéticos com dificuldades de locomoção ou acamados, também conseguimos realizar ações de promoção da saúde, na busca de melhorar os hábitos de vida destas pessoas. Foram realizadas orientações sobre alimentação saudável e qualidade de vida. Em todas as residências fomos muito bem recebidos pelos usuários e nos sentimos mais próximos da realidade da comunidade adstrita da área da UBS.

Realizamos também atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos de alto risco, os quais, na maioria das vezes, eram encaminhados para pronto socorro em companhia da enfermeira da unidade de saúde.

Para o monitoramento dos exames clínicos e complementares, tivemos no início muita dificuldade com as análises, pois estavam sendo muito morosas. Desta forma, foi preciso realizar uma reunião com a secretaria de saúde do município e o diretor do laboratório, a fim de explicar a importância do projeto, o qual também ficaria como bibliografia para o município de Dom Pedrito. Após, não enfrentamos mais dificuldades, pois todas as análises indicadas eram realizadas com qualidade e rapidez.

As reuniões de equipe eram realizadas toda quinta feira às 18 horas onde discutíamos as dificuldades encontradas na semana e então, traçávamos um planejamento de reorganização das ações, de modo que conseguíssemos resolver o problema já para a próxima semana e com isso, otimizar nosso trabalho.

3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.

Como dito anteriormente, conseguimos desenvolver todas as ações previstas no cronograma. No entanto enfrentamos algumas dificuldades que contribuíram para tardar o andamento da intervenção. Dentre elas está a demora para a impressão das fichas espelho no início da intervenção, pois a princípio, não tivemos apoio da gestão para a impressão das fichas, mas logo com ajuda da nossa assessora, podemos imprimir todas elas na secretaria de saúde. Outra dificuldade foi a troca da equipe de enfermagem durante o andamento das atividades, o que demandou novas capacitações e o tempo de adaptação dos profissionais na unidade e no engajamento da intervenção. Apesar de todos os percalços, contamos com o engajamento da equipe em todas as ações realizadas e o apoio de todos para superar tais dificuldades.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

Quanto a coleta e sistematização dos dados e fechamento das planilhas, contamos com o apoio da equipe e as dúvidas e dificuldades foram sanadas pela

tutora. Assim conseguimos obter um preenchimento correto das planilhas e conseqüentemente, resultados satisfatórios, que podem ser observados nos indicadores.

3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina.

Para que as ações da intervenção sejam incorporadas de fato na rotina do serviço são necessárias mudanças em alguns aspectos, principalmente na estrutura da unidade de saúde. Ainda contamos com uma estrutura física muito precária para o atendimento dos usuários, pois os ACS não possuem sala própria para realizar reuniões, os consultórios são compartilhados entre médicos e enfermeiros, não possuímos sala de vacinas e de curativos e ainda enfrentamos dificuldades com as barreiras arquitetônicas, as quais dificultam o acesso dos usuários com problemas de locomoção ao serviço. Porém, mesmo com tais dificuldades, a equipe está muito engajada nas ações desenvolvidas durante a intervenção, pois além da melhoria da qualidade da assistência, tais ações possibilitaram a melhoria na organização do serviço. A satisfação da comunidade, principalmente com a realização das visitas domiciliares é outra questão que motiva toda a equipe da unidade para manter incorporada de forma efetiva as ações previstas no projeto desenvolvido. Desta forma, estamos comprometidos em dar continuidade com o atendimento dos usuários com doenças crônicas com a mesma qualidade e entusiasmo.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) foi feita a partir de um acompanhamento periódico desta população na ESF Tude de Godoy, a qual possui um total estimado de 2436 habitantes, sendo 472 usuários com HAS e 102 usuários com DM (segundo estimativa do caderno de ações programáticas).

A primeira meta estipulada foi cadastrar 95 % dos hipertensos da área de abrangência no programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da unidade de saúde. A partir do andamento das ações de cadastramento e atendimentos aos hipertensos, no primeiro mês de intervenção, dos 472 hipertensos estimados, foram atendidos 65 usuários e atingimos uma cobertura de 13,8%. No segundo mês, com o seguimento das ações de buscas ativas e captações dos hipertensos pertencentes a área da UBS, conseguimos cadastrar 113, atingindo então uma cobertura de 23,9%. No terceiro mês, dando continuidade às buscas e ao cadastro, conseguimos aumentar este número para 144, chegando a uma cobertura de 30,5%. Por final, conseguimos atender 194 hipertensos, alcançando 41,1% do total pertencentes a área adstrita da unidade. Na figura 1 apresentada abaixo, podemos observar estes dados.

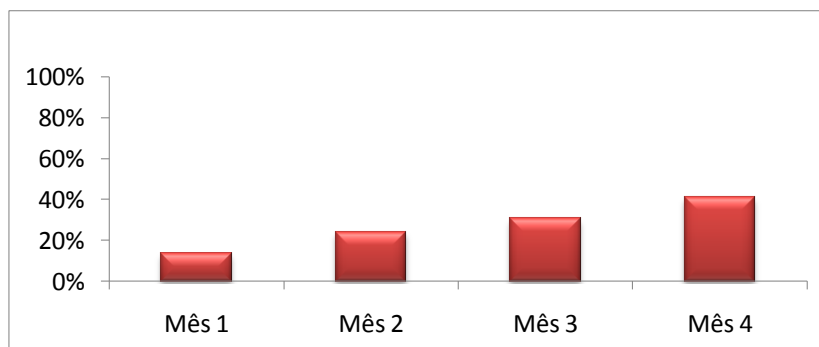


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde
Fonte: planilha de indicadores.

Como observado na figura acima a meta estipulada inicialmente não foi atingida devido ao fato de que obtivemos dificuldades para o cadastro, pois muitos usuários se mudam de residência com muita frequência em nossa área, principalmente por não ser asfaltada e o pó desencadeia processos alérgicos nas pessoas que se obrigam a mudarem de local de moradia. Em um estudo feito pela secretaria de saúde em 2007, eles constataram que 39% da população mudou de residência por este motivo.

Outra meta proposta para esta intervenção foi cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência. No primeiro mês de intervenção, dos 102 diabéticos estimados, foram atendidos 23, atingindo uma cobertura de 22,5%. No segundo mês, com o seguimento das ações de buscas ativas e captações dos diabéticos pertencentes a área da UBS, conseguimos cadastrar 48 usuários, atingindo então uma cobertura de 47,1%. No terceiro mês, dando continuidade às buscas e ao cadastro, conseguimos aumentar este número para 55, chegando a uma cobertura de 53,9 %, valor que se repetiu no último mês, pois não tivemos novas consultas, apenas atendimentos dos diabéticos já cadastrados. Na figura 2 apresentada abaixo, podemos observar estes dados.

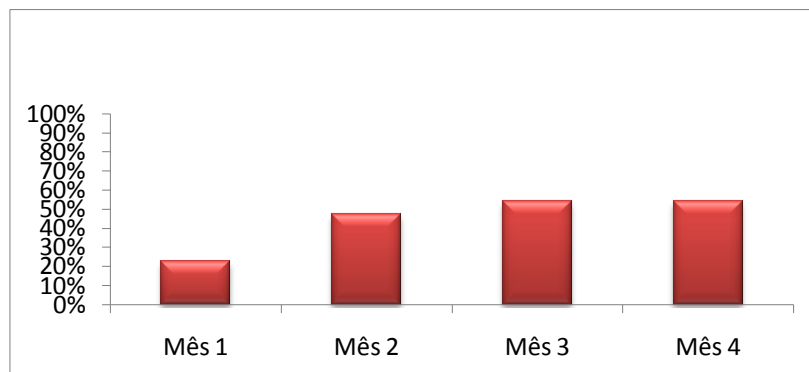


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde
Fonte: planilha de indicadores.

Enfrentamos dificuldades para cumprir esta meta, pois além do que mencionei acima, este foi um período de cheias na região, com muitas chuvas e o transbordamento do rio que atravessa a cidade. Estamos vivenciando esta dificuldade há muitos anos e os ACS encontram muitas barreiras para o cadastramento e acompanhamento das famílias desta região. Mas estamos dando prosseguimento ao trabalho para em um espaço curto de tempo, conseguir atingir a meta proposta.

Para melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos da UBS, estabelecemos como meta realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos. Esta meta foi cumprida integralmente em todos os meses da intervenção. Desta forma, de acordo com o total de atendimentos realizados com os hipertensos do primeiro ao quarto mês que foram respectivamente 65, 113, 144 e 194 hipertensos, em todos eles foi realizado o exame clínico. Contribuíram para o cumprimento integral desta meta, o entusiasmo e dedicação de nossa equipe, dentre eles médico, enfermagem, mas, sobretudo os agentes comunitários que ganharam destaque pela realização e organização de seu trabalho.

Quanto a melhoria da qualidade da atenção aos diabéticos, para cumprir este objetivo, estabelecemos como meta realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos. Da mesma forma, com o trabalho da nossa equipe de saúde, conseguimos atingir a meta estipulada em todos os meses da intervenção. Isso significa que dos 23, 48 e 55 diabéticos atendidos respectivamente do primeiro ao quarto mês, todos realizaram exame clínico durante as consultas na unidade.

Outra meta proposta para melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos foi garantir a 100% desses usuários a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Conseguimos cumprir com a meta estipulada em todos os quatro meses de intervenção de modo que todos os hipertensos atendidos em cada mês realizaram os exames complementares. Com ajuda do laboratório se fez análise a todos os usuários diabéticos e hipertensos vistos em consultas. Para os diabéticos, também com o intuito de melhorar a qualidade da atenção aos mesmos, a meta foi garantir a 100% desta população a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, a qual também foi cumprida integralmente em todos os meses da intervenção.

Continuando com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, outra meta foi priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Durante todos os quatro meses da intervenção conseguimos prescrever para todos os hipertensos as medicações da farmácia popular, cumprindo com a meta de forma integral. O mesmo aconteceu para os usuários diabéticos, pois também foi prescrito as medicações da farmácia popular para todos os atendidos do primeiro ao quarto mês da intervenção.

Quanto a meta de realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos, desde o primeiro mês, todos os usuários hipertensos e diabéticos que receberam atendimento no período da intervenção, foram avaliados para essa necessidade. Isto aconteceu até o último mês das atividades. Procuramos fazer atendimento odontológico aos diabéticos e hipertensos com ações de promoção e revisão bucal. A princípio foi muito difícil porque não tínhamos odontólogo, depois a secretaria providenciou e envio uma odontologa , a qual se inseriu no projeto e conseguiu realizar avaliação em todos os hipertensos e diabéticos pertencentes ao programa. Temos muitos idosos com falta de próteses ,mas ainda não conseguimos que todos tenham sua prótese por falta de materiais.

O terceiro objetivo proposto foi melhorar a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos ao programa. Para cumprir com o objetivo, uma de nossas metas foi buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Durante o período de quatro meses tivemos apenas três hipertensos faltosos as consultas e todos eles receberam busca ativa. Quanto aos diabéticos, no primeiro mês da intervenção não tivemos faltosos, e do segundo ao quarto mês tivemos apenas um usuário diabético faltoso que recebeu busca ativa.

O quarto objetivo foi de melhorar os registros das informações. Para isso, uma das metas foi manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Esta meta foi cumprida integralmente em todos os meses da intervenção, ou seja, 100% dos hipertensos tiveram seus registros atualizados nas fichas e prontuários. Outra meta para este objetivo foi também de manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde. A meta foi cumprida integralmente em todos os meses da intervenção, sendo que todos os diabéticos acompanhados pelo programa tiveram seus registros atualizados nas fichas e prontuários.

Outro objetivo foi mapear hipertensos de risco para doença cardiovascular. Para atingir este objetivo a meta que estabelecemos foi realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Esta meta foi cumprida de forma integral em todos os meses da intervenção tanto para os hipertensos quanto para os diabéticos e para isso, nos guiamos pelos protocolo e antecedentes familiares.

Quanto a avaliação de hipertensos e diabéticos com orientações nutricionais sobre alimentação saudável, com orientações quanto a prática de atividades físicas regulares, com orientações sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal foi estimada uma meta de 100%, tanto para os hipertensos quanto para os diabéticos, da área de abrangência da nossa unidade básica de saúde e, ao final do período de quatro meses de intervenção, a nossa equipe conseguiu realizar essas respectivas orientações a todos os usuários da população-alvo que foram atendidos, atingindo, portanto, a meta estimada de 100% para este indicador em hipertensos e diabéticos.

Levando-se em consideração aos hipertensos, foram realizadas as orientações nutricionais sobre alimentação saudável, as orientações quanto a importância da prática de atividades físicas regulares e as orientações sobre os riscos do tabagismo para todos os hipertensos atendidos, no período de atividades, tendo sido atendidos 65 hipertensos no primeiro mês, 113 hipertensos no segundo mês, 144 hipertensos no terceiro mês e 194 hipertensos no quarto mês. Desta forma obtivemos um total de 194 usuários hipertensos atendidos na intervenção e com a realização das respectivas orientações, evidenciando-se um percentual de 100% neste respectivo indicador e atingindo a meta estimada inicialmente.

Levando-se em consideração aos diabéticos, foram realizadas as orientações nutricionais sobre alimentação saudável, as orientações quanto a importância da prática de atividades físicas regulares e as orientações sobre os riscos do tabagismo e de higiene bucal para todos os usuários diabéticos atendidos, no período de quatro meses de atividades, tendo sido atendidos 23 diabéticos no primeiro mês, 48 diabéticos no segundo mês e 55 diabéticos no terceiro e quarto mês. Foram 55 usuários diabéticos atendidos na intervenção e com a realização das respectivas orientações, evidenciando-se um percentual de 100% neste respectivo indicador e atingindo a meta estimada inicialmente, a qual era de 100%.

As ações que contribuíram para os bons resultados desses indicadores foram as ações de promoção constante, palestras sobre estilo e modo de vida na comunidade. Todas as semanas se formavam um grupo de profissionais para realizar palestra na igreja da comunidade. Contamos com o apoio da nutricionista, professor de exercícios físicos, equipe de saúde da unidade e gestão.

4.2 Discussão

A intervenção em minha Unidade Básica de Saúde Tude de Godoy propiciou uma ampliação da cobertura da atenção na comunidade aos hipertensos e diabéticos com o registro e a qualificação da atenção com especial atenção para os exames do pé diabético, exame bucal, neuropatia, complicação renal e retinopatia, bem como para a classificação de risco de diabetes e hipertensos.

Quanto a importância da intervenção para a equipe, podemos dizer que esta adquiriu conhecimento e experiência a respeito das doenças crônicas, conseguiu interagir com o usuário, conseguiu aumentar sua experiência em relação ao acolhimento. Suas ações foram pautadas nas recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico e tratamento, assim como o monitoramento permanente da hipertensão e diabetes. Este projeto oportunizou um trabalho integrado de toda a equipe, como a médica, a enfermeira, o auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários, os quais são um dos pilares importantes para o desenvolvimento de nosso trabalho. Cada membro da equipe foi capaz de identificar e realizar suas atribuições durante a intervenção de forma organizada. Pôde-se observar um crescimento intelectual e cultural em todos os membros da equipe com o desenvolvimento das capacitações.

No serviço, conseguimos organizá-lo de tal forma que as ações não ficaram somente centradas no médico e enfermeiro, tendo os demais membros da equipe participativos nas ações. Obtivemos uma melhora na atenção a demanda espontânea, nos registros, no agendamento das consultas e conseguimos responder às necessidades do usuário de forma mais abrangente, conhecendo e priorizando os riscos, a fim de dar respostas com um atendimento de melhor qualidade.

Para a comunidade foi de grande importância contar com uma equipe mais coesa, e responsabilizada com o atendimento. Tivemos um impacto muito positivo junto à comunidade no desenvolvimento deste trabalho. Os usuários ficaram satisfeitos com a diminuição do tempo de espera na sala de recepção, com a melhora das respostas aos problemas apresentados, enfim da melhoria como um todo no serviço de saúde.

Pretendemos ainda dar seguimento com todas as atividades e principalmente ampliar a cobertura do atendimento aos hipertensos e diabéticos. Planejamos também utilizar o espaço da sala de espera no turno da manhã para realizar

educação em saúde, com palestras sobre as doenças crônicas. Falando das necessidades de melhorias, precisamos aprimorar os registros e pretendemos para isso, solicitar um computador para a unidade, a fim de agilizar nosso processo de trabalho. Com esta tecnologia também conseguiremos aprimorar o monitoramento das ações e diminuir o volume de fichas que ficam armazenadas nos arquivos da Unidade de Saúde.

Esperamos que no próximo mês, seja possível completar a equipe com os agentes comunitários que estão em falta. Assim conseguiremos melhorar o atendimento de micro áreas mais distantes do serviço. Logo em seguida, pretendemos também investir em outras ações programáticas como a atenção ao pré-natal e puerpério, câncer de colo de útero e mama. Para isso já conversamos com a gestão para que possamos contar com o seu apoio e cooperação.

4.3. Relatório da Intervenção para os Gestores

No período de outubro de 2014 a fevereiro de 2015, os profissionais de saúde da Unidade de Saúde Tude de Godoy desenvolveram um trabalho de intervenção voltado para a atenção aos usuários portadores de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) e vamos aqui relatar os benefícios alcançados com este feito, bem como as dificuldades que enfrentamos para qualificar a assistência prestada a esta população.

Com o desenvolvimento deste trabalho, na área de abrangência da nossa unidade básica de saúde, conseguimos uma maior padronização e organização dos atendimentos aos usuários da população-alvo. Toda a equipe recebeu capacitação de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, para implantar um atendimento qualificado, que fosse capaz de levar ao melhor controle possível dessas enfermidades, prevenindo assim, o surgimento de diversas complicações graves que impactariam negativamente na qualidade de vida desses usuários.

De um total estimado de 472 hipertensos da nossa área adstrita, conseguimos realizar atendimentos para 194, alcançando uma cobertura de 41%. Estimamos que a nossa área possua 102 usuários diabéticos, e destes, 55 foram cadastrados, alcançando uma cobertura de 54% dentro de um período de 16 semanas. Atualizamos e criamos novas fichas para aqueles usuários que estavam aderindo ao programa pela primeira vez, o que possibilitou a realização de um acompanhamento efetivo das ações realizadas de forma individual, bem como a

identificação dos usuários faltosos às consultas e assim realizar a busca ativa. Conseguimos também realizar exame clínico, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, para todos os hipertensos e diabéticos cadastrados. Para todos também foi solicitado os exames complementares, prescrevemos medicamentos da farmácia popular, facilitando assim a aquisição da medicação. Atingimos o total destes usuários para estratificação de risco cardiovascular. Todos eles também receberam orientações nutricionais sobre alimentação saudável, sobre práticas de atividades físicas regulares, sobre os riscos do tabagismo e sobre a importância da saúde bucal.

A intervenção proporcionou também um maior engajamento da comunidade adstrita no serviço, pois realizamos diversas ações de promoção à saúde através de atividades coletivas, como palestras, as quais contribuíram muito para uma maior aproximação da comunidade com toda a nossa equipe. Esta atividade também foi importante para realizar orientações sobre seus problemas de saúde e como conviver com a doença crônica mantendo uma boa qualidade de vida.

A gestão municipal obteve um papel importante neste trabalho, pois disponibilizou a maior parte dos materiais e instrumentos que solicitamos, disponibilizou as fichas-espelho, os protocolos do Ministério da Saúde. Também garantiu a comunicação e o apoio do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS, já que muitos idosos eram depressivos e tivemos que fazer em conjunto, um trabalho com ajuda de gestores e profissionais deste serviço.

Portanto, esse apoio dos gestores foi fundamental para que obtivéssemos os resultados alcançados, ou seja, 100% dos indicadores de qualidade. A partir de agora, visando a qualificação das demais ações programáticas do serviço de saúde, ainda são necessárias algumas melhorias importantes, a fim de que seja possível ampliar a intervenção e qualificar ainda mais o serviço. Dentre elas estão completar a equipe de saúde do posto com outro agente comunitário, ter um técnico de enfermagem em tempo integral na unidade de saúde, já que o atual precisa fazer plantão na ambulância, melhorar a inter-relação com outros especialistas, melhorando a retroalimentação das informações, assim como um projeto para melhorar a rua e a drenagem do rio.

Para que possamos dar continuidade com este trabalho, iremos agora somar esforços para atingir a meta de cobertura de atenção aos hipertensos e diabéticos e também temos que melhorar a estrutura da unidade, eliminando todas as barreiras

arquitetônicas. Além disso, precisamos que nos dias de visitas domiciliares haja disponível uma condução que nos leve nos locais mais longe e de difícil acesso.

Saliento aqui a importância de se realizar um trabalho em conjunto entre as equipes de saúde, gestão e comunidade, para que seja possível qualificar a assistência prestada e melhorar a qualidade de vida da população. Desta forma, nós da equipe de saúde Tude de Godoy esperamos poder contar de forma constante com o apoio da gestão para darmos prosseguimento ao trabalho já iniciado e também ampliá-los para as demais ações programáticas.

4.4. Relatório da Intervenção para Comunidade

No período de outubro de 2014 a fevereiro de 2015, a nossa equipe de Estratégia de Saúde da Família desenvolveu um programa que melhorou a qualidade dos atendimentos aos hipertensos e diabéticos na unidade Tude de Godoy. Esse programa trouxe muitos benefícios para a população, principalmente para os hipertensos e diabéticos da nossa área de atuação, pois antes da criação deste, não existia um atendimento organizado voltado para as pessoas que tivessem essas doenças e, devido a esse motivo, muitos desses usuários nem procuravam o posto de saúde quando não estavam sentindo alguma queixa.

Após o início da intervenção toda a comunidade foi beneficiada, pois as consultas dos hipertensos e diabéticos passaram a ser agendadas, nas segundas-feiras, terças-feiras e quartas-feiras a tarde. Isso fez com que aumentasse a participação dos hipertensos e diabéticos nas consultas. Antes da realização deste programa, nós conseguíamos agendar apenas cinco atendimentos ao mês para esta população, gerando uma grande dificuldade no acesso ao serviço de saúde. Esta nova forma de agendamento permitiu também que não houvesse uma superlotação de hipertensos e diabéticos em um mesmo dia e que outras pessoas que não tivessem essas doenças, mas que estivessem precisando de atendimento, também fossem atendidas, para que não houvesse prejuízo à nenhum morador da comunidade.

Outro benefício que este trabalho trouxe para o serviço de saúde foi a possibilidade de termos uma ficha de acompanhamento para cada pessoa que fosse atendida, onde foi possível anotar todos os dados importantes das consultas e saber todas as informações necessárias de cada participante do programa. A criação das fichas de acompanhamento possibilitou, também, que a nossa equipe

pudesse identificar e ir até a casa daqueles que não estavam comparecendo às consultas, para que essas pessoas também pudessem ser atendidas. Realizamos visitas domiciliares em busca dos que faltavam a consulta e também para aqueles que possuíam alguma dificuldade de locomover-se até o serviço. Nestas visitas foram realizadas orientações sobre estas doenças, sobre a melhoria da qualidade de vida, respondemos também a todas as dúvidas destas pessoas e seus familiares. Realizamos encontro com a comunidade a fim de divulgar o nosso trabalho e solicitar o apoio de todos para que consigamos dar prosseguimento com o mesmo e expandi-lo para as demais populações da nossa área de abrangência do serviço de saúde.

Todos os hipertensos e diabéticos eram examinados e novas consultas eram marcadas sempre que necessário. Além disso, todos recebiam diversas orientações quanto a uma melhor alimentação, sobre a importância da prática de atividades físicas no dia-a-dia, sobre a importância de parar de fumar e sobre o uso correto das medicações que faziam uso. Um dos grandes benefícios que o trabalho trouxe para a comunidade foi permitir uma maior aproximação das pessoas com a nossa equipe e com a unidade básica de saúde.

Podemos evidenciar vários benefícios que este trabalho trouxe para os atendimentos à comunidade e tivemos uma boa aceitação de todos até o momento. A tendência é que este trabalho ganhe maior evolução a partir de agora, atingindo mais grupos como gestantes, crianças, idosos, enfim todas as demais pessoas que estão cadastradas na nossa área de abrangência.

Para isso, é fundamental que nós da equipe de saúde, possamos contar com o apoio da comunidade, que ela seja mais participativa nos serviços de saúde, e que sejam nossos divulgadores da melhoria dos atendimentos realizados até agora e que nos tragam notícias de pessoas que estejam sem receber os atendimentos necessários por algum motivo especial. É com a colaboração de todos que pretendemos prosseguir qualificando nosso trabalho e assim oportunizar uma melhor qualidade de vida à nossa comunidade.

5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem na implementação da intervenção

Meu processo de aprendizagem durante a realização do curso de especialização foi muito produtiva. A princípio apresentava muitas dúvidas em relação a desenvolver um projeto de intervenção em um país diferente do meu, porém com o apoio recebido da equipe de trabalho e também da tutora do curso renovei minhas esperanças para seguir em frente. Foi um aprendizado principalmente no que se refere a interação com a equipe e também com a comunidade. Todos da equipe de saúde conseguiram ter outra visão sobre o atendimento à comunidade, a realizar o acolhimento efetivo, a trabalhar com a educação em saúde. Conhecer a realidade da população a qual atendemos, realizando diagnóstico de forma efetiva e assim conseguir um tratamento mais adequado a cada usuário. Desta forma, a especialização oportunizou o aprendizado de como trabalhar com a estratégia saúde da família.

Foi muito interessante o processo pessoal de aprendizagem para mim, além de ser uma experiência única vivida através de um meio virtual, cada semana aprendíamos algo novo, se misturavam culturas, conhecimentos de profissionais de outros países, com protocolos diferentes, porém com um único objetivo, ou seja, ofertar nosso conhecimento à comunidade para modificar estilos de vida em favor de uma melhor saúde, evitando doenças que põem em perigo as vidas dos habitantes, muitas delas que somente com medidas profiláticas são previsíveis, dependendo das orientações que sejamos capazes de realizar (ações de promoção e prevenção comunitárias).

A participação nos fóruns também foi muito importante, pois quando interagíamos com outros colegas, enriquecíamos nosso conhecimento, pegamos idéias, trocávamos critérios, não somente médicos, mas também alternativas de como proceder melhor diante das adversidades, pois estamos morando em um país estrangeiro, situação que as vezes constitui um obstáculo para nosso aprendizado.

Também nos fórum atualizamos temas clínicos nunca vividos, pois existem doenças que em nosso país que não são conhecidas, somente estudada por livros, não na prática, vivências de situações de outras comunidades, descritas pelos demais colegas, sendo uma forma muito especial de estarmos envolvidos no curso.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: Diabetes mellitus**. 1. ed. n. 16. Brasília: Ministério da saúde, 2006. 64p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de atenção básica: Hipertensão arterial sistêmica**. 1. ed. n. 15. Brasília: Ministério da saúde, 2006. 58p.

ANEXOS

ANEXO C: Termo do comitê de ética

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

