

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS-UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 9



**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS NA UBS VILA CRISTINA,
CAXIAS DO SUL/RS**

JULIO ALBERTO PIERRET ACOSTA

Pelotas, 2016

JULIO ALBERTO PIERRET ACOSTA

**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO
ARTERIAL SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS NA UBS VILA CRISTINA,
CAXIAS DO SUL/RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família EaD da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Cristina Dutra Ribeiro

Pelotas, 2016

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

A185m Acosta, Julio Alberto Pierret

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Vila Cristina, Caxias do Sul/RS / Julio Alberto Pierret Acosta; Cristina Dutra Ribeiro, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

81 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Ribeiro, Cristina Dutra, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A Flavia Cristina Pierret Aguilar minha adorada filha.

A Davicela Aguilar Almeida minha querida esposa.

A Cristina Melecia Acosta Sosa minha mãe.

Agradecimentos

Primeiramente obrigado a Deus por todas as bênçãos para mim e minha família.

A Cristina Melecia Acosta Sosa minha mãe por sempre acreditar em mim e ainda nos momentos mais difíceis da minha vida.

A Davicela Aguilár Almeida minha esposa sempre ao meu lado apesar das dificuldades e minha impulsora para ser cada dia melhor.

Ao Programa Mais Médicos para o Brasil pela oportunidade de aportar meus conhecimentos na saúde do povo brasileiros e aprender do sistema de saúde brasileiro.

Aos orientadores do curso, presentes em todo momento e guiando cada passo no decorrer do curso com suas acertadas orientações.

A toda a equipe de trabalho de UBS Vila Cristina sempre dispostos a colaborar em todas as atividades a realizarem não só as relacionadas com o curso.

Resumo

ACOSTA, Julio Alberto Pierret. **Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS Vila Cristina, Caxias do Sul/RS.** 2016. 82f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Especialização em Saúde da Família. Universidade Aberta do SUS / Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

O envelhecimento populacional, o crescimento da urbanização, as elevadas prevalências de obesidade entre outros fatores trazem como consequência o aumento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabetes Mellitus (DM) entre a população, sendo necessário o constante acompanhamento destas pessoas. O objetivo desta intervenção foi melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS Vila Cristina, Caxias do Sul/RS. Foi realizada em doze semanas e as ações foram organizadas nos quatro eixos pedagógicos do curso: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Foram cadastrados 239 (85,1%) usuários com hipertensão e 62 (89,9%) com diabetes. Destes 100% receberam avaliação clínica, realizaram exames complementares de acordo com o protocolo, tiveram prescrição da farmácia popular, avaliação das necessidades odontológicas, busca ativa dos faltosos, tiveram registro adequado, avaliação do risco cardiovascular pelo exame clínico, orientações quanto a alimentação saudável, prática regular de atividade física e os riscos do tabagismo e higiene bucal. A intervenção foi incorporada a rotina do serviço sendo que ainda estamos realizando, cadastramento e ações para melhora da qualidade de vida desses usuários.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da família;; Doença Crônica, Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica

Lista de Figuras

Figura 1	Atividade com grupo de hipertensos e diabéticos	50
Figura 2	Entrega de material educativo para grupo de hipertensos e diabéticos	51
Figura 3	Grupo de usuários com hipertensão e diabetes da UBS Vila Cristina	51
Figura 4	Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde Vila Cristina. Caxias do Sul, RS; 2016	55
Figura 5	Cobertura do programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde Vila Cristina. Caxias do Sul, RS; 2016	56

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CAP	Cadernos de Ações Programáticas
CLS	Conselho Local de Saúde
DCNT	Doença Crônica não Transmissível
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EACS	Estratégia de Agente Comunitário da Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PMMB	Programa Mais Médico do Brasil
SAMU	Sistema de Atenção Médica de Urgência
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	21
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa	22
2.2 Objetivos e metas	23
2.3 Metodologia	26
2.3.1 Detalhamento das ações	26
2.3.2 Indicadores	41
2.3.3 Logística	46
2.3.4 Cronograma	48
3 Relatório da Intervenção	49
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	49
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	53
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	54
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	54
4 Avaliação da intervenção	55
4.1 Resultados	55
4.2 Discussão	66
4.3 Relatório da intervenção para gestores	68
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	71
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	74
6 Referências	75
Apêndices	76
Anexos	77

Apresentação

O presente trabalho de conclusão de curso em Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS (UNASUS)/ Universidade Federal de Pelotas (UFPel), é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso. A intervenção desenvolvida no decorrer da Turma 9 foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Cristina, localizada no município de Caxias do Sul/RS.

A intervenção, que deu origem a este trabalho, visou melhorar a atenção em saúde dos usuários que possuíam HAS e DM. Este trabalho é o relato do processo, sendo composto pelo Relatório de Análise Situacional da UBS Vila Cristina. Na segunda seção será descrita a Análise Estratégica, abordando a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma do projeto de intervenção. A terceira seção traz o relatório da intervenção; na quarta seção será descrita a avaliação da intervenção, na qual serão apresentados os resultados, a discussão. Na quinta seção o relatório aos gestores, na sexta o relatório para a comunidade. E na última seção aborda a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Por fim, temos a bibliografia usada no trabalho, apêndice e os anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS em que estou alocado esta localizada em Vila Cristina, e possui o mesmo nome do local, ela fica na zona rural do município de Caxias do Sul, Rio Grande do Sul. Fica a 15 quilômetros do município de Caxias do Sul e tem uma população aproximada de 1900 habitantes de descendência alemão e italiana, maiormente, sendo que 90% desta população se dedica a atividades agrícolas fundamentalmente.

Esta UBS foi construída em 2002 e foi concebida desde sua construção para uma UBS, encontra-se em perfeito estado estrutural e funcional. Nesses momentos conta com uma equipe de saúde com estratégia de saúde da família formado por um médico clínico geral, um dentista que só presta serviço uma vez por semana em conjunto com o técnico de odontologia, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem e três agentes comunitárias de saúde.

Na organização do trabalho, não contamos com consultas especializadas, temos serviço de laboratório clínico todas as terças-feiras 8 horas (uma vez por semana), oferecemos consultas agendadas todos os dias da semana em todos os turnos de trabalho menos as quartas-feiras que é o dia da reunião da equipe de saúde da UBS. Oferecemos consultas odontológicas uma vez por semana, atenção aos pacientes idosos, controle e seguimento as gestantes e puérperas, consultas de puericulturas, seguimento e controle do programa de HIPERDIA, controle e seguimento do programa do câncer uterino, controle e seguimento do programa de câncer de mama, realizamos visitas domiciliares programadas uma vez a cada 15 dias às sextas-feiras dando atenção médica integral aos acamados e idosos que possuem dificuldade de locomoção, também realizamos visitas programadas as escolas mensalmente. Oferecemos atenção à demanda espontânea todos os dias de trabalho em todos os turnos, contamos também com serviço de vacinas todos os dias de trabalho em todos os turnos, o acolhimento é feito todos os dias em todos os turnos tanto para os agendados como para os usuários que chegam da demanda espontânea, este é feito pela enfermeira e técnico de enfermagem e possuímos um espaço na UBS destinado para o acolhimento dos usuários.

Quanto a estrutura da UBS ela tem os espaços bem definidos já que foi concebida para tais fins há aproximadamente 12 anos e embora tenha existido um

crescimento demográfico significativo desde então ainda tem capacidade e espaço suficiente para oferecer um atendimento de ótima qualidade para todos os usuários desta área de saúde.

Entre os espaços disponíveis da UBS esta uma sala de espera dos usuários (recepção) com espaço para 30 pessoas sentadas, uma sala de acolhimento com os equipamentos necessários para fazer um bom acolhimento, uma sala de vacinação com computador para uso exclusivo do serviço, um área para farmácia onde são armazenados os medicamentos que são distribuídos aos usuários diariamente, duas salas de curativos e procedimentos de enfermagem e pequenas cirurgias ambulatoriais, um consultório médico, um consultório odontológico, uma cozinha que uma vez por semana funciona como sala de reunião, dois banheiros um para os usuários e outro para os funcionários e uma sala de limpeza.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Caxias do Sul é uma cidade do Rio Grande do Sul, estado do sul do Brasil, situada na região da Serra Gaúcha. Foi estabelecida por imigrantes italianos em 20 de junho de 1890, e hoje é a segunda maior cidade do Rio Grande do Sul com uma população de 435.564 habitantes.

Sua localização fica a 760m acima do nível do mar, Caxias do Sul tem um clima subtropical, a temperatura média anual é de 16°C. Em julho, o mês mais frio, a temperatura máxima média é de 17° C e a mínima media e de 8°C. As geadas são comuns, no inverno a neve pode ocorrer, mas é menos comum. A cidade é reconhecida como um centro empresarial-exportador do país, isto traz como consequência um dos problemas ambientais mais graves da cidade, a poluição. As águas dos afluentes do rio Taquari são contaminadas com agrotóxicos, esgotos domésticos e efluentes industriais, e os esgotos da cidade são os maiores responsáveis pela poluição da bacia do rio Caí. A Prefeitura, contudo, tem feito grandes investimentos em programas para despoluição hídrica. A poluição sonora já apresenta ocorrências preocupantes, mas está sendo submetida à legislação especial.

Em 2009 a população total do município era de 413.890 habitantes, com uma densidade demográfica de 251,8 hab./km². A expectativa de vida ao nascer em 2000 era de 74,11 em 2013 de 74,1, o Índice de Mortalidade Infantil em 2007 era de

9,04 por mil nascidos vivos, em 2013 de 12,89. Em 2000 a taxa de urbanização era de 92,5% vivendo em zona urbana. A estrutura etária mostrava 25,18% da população com menos de 15 anos, 69,16% entre 15 e 64 anos, e o restante acima de 65 anos. O Coeficiente de Gení, um indicador de desigualdade social, era de 0,51, revelando alta concentração de renda, e a proporção de pobres, de 7,5%. Nos indicadores de vulnerabilidade familiar, havia 0,1% de mulheres de 10 a 14 anos com filhos, 5,3% das mulheres de 15 a 17 anos com filhos, 12,7% de crianças em famílias com renda inferior a 1/2 salário mínimo, e 4% de mulheres chefes de família sem cônjuge e com filhos menores. 12,7% das famílias tinham uma renda familiar per capita inferior a 1/2 salário mínimo, e em 15,9% das famílias o chefe tinha menos de 4 anos de estudo.

A localidade de Vila Cristina com 1.847 habitantes é uma sede-distrito de Caxias do Sul pertencente ao Vale do Rio Caí. A topografia do local é constituída de um vale profundo entre cadeias de montanhas que alcançam uma altitude média de 500 metros. Hoje, o vale é uma região tipicamente colonial, com economia centrada no cultivo de hortifrutigranjeiros e vitivinicultura. Distrito de Caxias do Sul, Vila Cristina localiza-se na região sul do município a uma distância de 30 km da sede administrativa municipal e 15 km do município em questão.

Vila Cristina foi povoada por alemães, italianos e portugueses. A imigração alemã, pioneira no local, trouxe à pequena localidade o modelo típico germânico. O desbravamento da mata virgem fez com que os imigrantes plantassem seus sonhos, anseios e a coragem de iniciar uma nova jornada em terras distantes e diferentes das de sua origem. Em 1874 chegaram os italianos trazendo em sua bagagem o encanto pela terra prometida, a vontade de vencer, os valores alicerçados pela fé e a obstinação consolidada no trabalho em busca de desenvolvimento e progresso. Os lusos, em número bem menor, chegaram na região no ano de 1910.

Atualmente o distrito faz parte do roteiro turístico “Caminhos da Colônia”, onde os visitantes são convidados a percorrer locais de rara e rica beleza natural. O roteiro possui um percurso de 35 km, por estradas que misturam trechos asfaltados e de chão batido. É nesse roteiro vai ao encontro de autênticos descendentes de alemães e italianos, podendo perceber suas tradições e costumes.

Encontramos em Vila Cristina cantinas, rústicas construções em pedra e madeira, que se erguem imponentes em nossos verdes parreirais. Na safra da uva, a vinícola é palco do trabalho árduo, além disso, se transforma em local de festas.

Entre pipas e cestos de vime, gestos e sorrisos largos, o som das vozes embriagadas de alegria e vinho entoam antigas canções alemãs e italianas, uma oportunidade rara de provar produtos caseiros típicos da região como vinho, pão, salame e queijo. Embalando esta saborosa refeição está a música milenar do dialeto *vêneto* contando a ouvidos atentos a saga destes destemidos colonizadores, orgulho de um povo conquistador.

Em 2007 a composição étnica da população residente era 88,94% de brancos, 2,43% de negros, 7,94% de pardos, 0,10 de amarelos, 0,24 de indígenas e 0,36% de etnia não declarada. Quanto à religião, 86,19% se declararam pertencentes à Igreja Católica (IBGE, 2006).

Em relação às condições de saúde da população o município é bem servido de entidades assistenciais. A saúde pública é o primeiro orçamento do município, e atende a 44 Unidades Básicas de Saúde (UBS) das quais 19 tem (ESF), uma unidade do SAMU (duas ambulâncias de remoção e uma UTI móvel), um Centro de Especialização da Saúde (CES), um Hemocentro (Hemocs), três Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), uma unidade do Cais Mental e um Residencial Terapêutico.

Há oito hospitais: Pompéia, Geral e Paulo Guedes, (conveniados com o SUS), Saúde, Medianeira, Unimed, Fátima e Del Messe, e inúmeros laboratórios, ambulatorios, contando com 1.419 leitos no total.

Em 2004 foi implantado no município a Estratégia de Saúde da Família (ESF). Em 1996 o município de Caxias do Sul aderiu ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), hoje Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS). Ambas as estratégias contribuem para a reorientação do modelo assistencial, operacionalizada mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde.

A UBS Vila Cristina é uma UBS rural que fica cerca de 30 min da zona urbana, é regida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através da secretaria municipal de saúde e na atualidade não temos vínculos com as instituições do ensino da região. Nosso modelo de atenção é a ESF o qual foi implementado desde a adesão do município a este sistema em 2004.

Nossa UBS tem uma equipe de saúde da família composta por: um médico clínico geral, um dentista com a técnica de saúde bucal, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem e três agentes comunitários de saúde (ACS).

Nossa equipe realiza cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional e ações dirigidas aos problemas de saúde, de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias. Também realizamos visitas domiciliares, atuando com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes e na manutenção da saúde desta população.

A UBS de Vila Cristina foi construída em 2002 pela prefeitura de Caxias do Sul, embora tenha 11 anos de construção o espaço físico ainda se adequa ao número de usuários já que esta comunidade não tem mostrado um crescimento acelerado da população nos últimos 10 anos, quanto a estrutura da edificação, as principais vantagens é que não tem barreiras arquitetônicas que facilitam a circulação das pessoas com alguma incapacidade física ou pessoas em cadeira de rodas.

Algumas das desvantagens que apresenta à estrutura da UBS estão a falta de sanitários para pessoas com incapacidade e em cadeira de rodas. A porta de acesso ao interior que é a mesma para sair, pois não tem porta traseira nem aos laterais. Esta situação há vários anos está sendo conversado tanto no conselho de saúde local como no conselho de saúde municipal e ainda estamos aguardando resposta da prefeitura.

Dentro do espaço interno da UBS temos uma área de recepção, dos usuários, uma sala de vacinas, duas salas de curativos, uma farmácia, um consultório médico e um consultório odontológico, conta ainda com uma cozinha que funciona também como sala de reunião, temos dois banheiros para usuários e dois banheiros para funcionários, temos áreas para equipamento de limpeza, área para recepção, lavagem e descontaminação de materiais, também uma sala de esterilização e estocagem de matérias. Todos os espaços da UBS têm janela e por tanto tem iluminação natural.

É uma UBS com ESF tradicional que não tem atividades de ensino superior, temos uma equipe de trabalho constituída pelo médico clínico geral, um dentista uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, um técnico em enfermagem, uma técnica de saúde bucal e dois agentes comunitários de saúde.

Temos formado o conselho local de saúde com 6 membros da comunidade que se reúnem mensalmente para tratar temas relacionados com o funcionamento da UBS e outros problemas de saúde da comunidade do qual também formam parte

o médico e a enfermeira da UBS. A equipe de trabalho participa ativamente do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação identificando os grupos e família expostos a riscos, na identificação de doenças crônicas não transmissíveis (hipertensão arterial, diabetes, tuberculose, hanseníase, entre outras). Realizamos sinalização dos equipamentos sociais (comércio, igreja), sinalizações das redes sociais (grupo de mães, de idosos, associações de moradores, conselho local) nestas ações participam todos os membros da equipe da UBS exceto a recepcionista o odontólogo e a técnica em saúde bucal.

Nesta UBS temos os equipamentos e material de consumo necessário para oferecer aos usuários uma atenção de ótima qualidade, além disto, há um estoque de medicação tanto de uso oral como parenteral modestamente completa.

Como equipe tem um ótimo funcionamento, já que conhecemos nossas atribuições, o ACS tem dentro de suas funções identificar fatores de riscos dentro da comunidade, identificar famílias de riscos, localizar pacientes faltosos com doenças crônicas não transmissíveis, fazer promoção de saúde dentro da comunidade, o técnico de enfermagem regula o bom funcionamento da farmácia garantindo o ótimo estado dos medicamentos, trabalho supervisionado também pela enfermeira e o médico. A enfermeira além de gerenciar o funcionamento da UBS se encarrega também da administração de medicamentos, fazer curativos, promoção e prevenção de saúde dentro da UBS em conjunto com o médico faz coleta de exame citopatológico e pesquisa de câncer de mama. O médico também é o encarregado das consultas, classificar os fatores de riscos da população em geral, das pessoas idosas, das doenças crônicas, das gestantes, das crianças. Também o médico realiza junto com a enfermeira as visitas domiciliares, além de atender as urgências que chegam na UBS, entre outras ações desenvolvidas. Independentemente da função de cada membro da equipe estamos sempre prontos para apoiar as dificuldades de algum membro.

O odontólogo e o técnico em saúde bucal só participam parcialmente das ações da UBS, já que não pertencem apenas a UBS de Vila Cristina e só prestam serviço nesta UBS uma vez por semana, atendendo as consultas agendadas e não atendem urgências.

Entre as dificuldades enfrentadas pela equipe destaca-se a distribuição geográfica de nossa população, que é uma zona rural muito extensa e ficam longe uma casa de outra e não temos meio de transporte para garantir uma maior

cobertura de nossa área de saúde. Outra de nossas dificuldades como equipe é que não temos atividades de grupo o que tem muita relação com a situação geográfica de nossa área de saúde.

O acolhimento dos usuários se realiza em uma sala específica para a recepção dos pacientes, todos são acolhidos pela enfermeira, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. Temos uma equipe de atendimento para o acolhimento, o acolhimento é realizado todos os dias de atendimento da UBS e em todos os turnos, todos os usuários que chegam tem suas necessidades acolhidas, o tempo para que suas necessidades sejam escutadas é de até 15 minutos.

Nossa UBS oferece atenção para os usuários que chegam na UBS com problemas de saúde agudo que precisem atendimento no dia já que não temos excesso de demanda espontânea em nossa UBS.

Temos uma população cadastrada na UBS de 1847 usuários, o que representa 100% da população total de Vila Cristina, dos quais o 52% são do sexo masculino e 48% de femininos. Temos 13% de usuários de 0 a 15 anos, 48% entre 15 e 49 anos, acima de 60 anos temos 25% dos usuários.

Na UBS de Vila Cristina realizamos atendimento de puericultura para todos os grupos etários de crianças. As consultas de puericultura são feitas todos os dias da semana em todos os turnos de trabalho. Todas as crianças que são atendidas na UBS são de nossa área de cobertura.

No atendimento as crianças participam o médico clínico geral, enfermeira, técnico de enfermagem, odontólogo e técnico de consultório dentário, estes dois últimos só vão na UBS uma vez por semana o que não representa problemas para a avaliação das crianças da área de cobertura da UBS já que o total de crianças de nossa UBS é bem inferior que a estimativa do CAP, (segundo o CAP a estimativa de crianças menores de um ano é de 22 mas só temos 7 usuários menores de um ano), o mesmo acontece com os outros grupos etários de crianças.

Pois, após o atendimento de puericultura todas as crianças saem da UBS com a próxima consulta agendada. Além das consultas agendadas nossa UBS tem consultas para crianças de todos os grupos etários com problemas de saúde aguda que requeiram atendimento na hora, todas as crianças que vão na UBS com problemas de saúde aguda são de nossa área de cobertura e tem cobertas suas necessidades já que não temos excesso de demanda espontânea na UBS.

Na UBS temos o protocolo de saúde da criança do Ministério da Saúde atualizado anualmente por a secretaria municipal de saúde e modificado de acordo com as necessidades do município, todos os membros da equipe de saúde da UBS tem acesso ao protocolo da saúde da criança.

Dentro das principais ações realizadas na UBS no cuidado das crianças estão o diagnóstico e tratamento de problemas clínicos geral, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, imunizações, prevenção de anemia, promoção do aleitamento materno, promoção de hábitos de alimentação saudável, promoção de saúde bucal, teste do pezinho e exames de laboratórios de rotina como hemograma, urina, fezes, glicemia, também são realizados encaminhamento para atendimento especializado, encaminhamento para internação hospitalar, encaminhamento para o serviço de pronto atendimento e para atendimento em pronto socorro.

Os atendimentos das crianças da puericultura são registrados nos prontuários clínicos, ficha de atendimento odontológico e ficha de vacinação.

Em todas as consultas de puericultura orientamos as mães dos benefícios do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, hábitos de alimentação saudável, explicamos a importância e o significado da curva de crescimento e como reconhecer os sinais de risco de curva de crescimento e orientamos a revisão das informações da caderneta da saúde da criança.

Na UBS existe o programa bolsa família do Ministério da Saúde e o responsável do cadastramento das crianças neste programa é a enfermeira da equipe que também é responsável pelo envio dos cadastros à secretaria municipal de saúde. Na UBS não temos arquivos específicos para o registro dos atendimentos da puericultura.

Nossa área de cobertura da UBS têm um número bem menor de crianças segundo a estimativa do CAP, já que segundo o CAP teríamos 22 crianças com menos de 1 ano e só temos 7 crianças neste grupo etário, já as crianças de 1 a 5 anos seriam 44 segundo o CAP mas temos cadastradas 35 e o número de crianças entre 5 e 15 anos são 274 segundo o CAP mas só temos 198 neste grupo etário. Acreditamos que nossa cobertura para todas as faixas etárias é de 100%, pois temos um rigoroso controle das crianças de nossa área de abrangência, principalmente as que estão na faixa etária de 0 a 72 meses.

Dentre as ações desenvolvidas na UBS nos cuidados com as gestantes temos diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, saúde bucal, controle de cânceres de colo de útero e mama, imunizações, planejamento familiar, promoção de saúde bucal. Os atendimentos de gestantes são registrados no prontuário clínico, formulário especial do pré-natal, ficha de atendimento odontológico, ficha espelho de vacinas. Existe um arquivo específico para os registros de atendimento a gestantes, neste arquivo verifica-se as gestantes faltosas, que não temos atualmente, também se os registros estão completos, gestante com data provável de parto, gestante com pré-natal de risco e avaliação da qualidade do programa de atenção pré-natal. Os profissionais sempre conversam com as gestantes sobre hábitos alimentares saudáveis, a atualização de imunização, avaliação de saúde bucal, promoção de aleitamento materno exclusivo, conversa sobre os cuidados com o recém-nascido, conversa sobre os riscos do tabagismo, do álcool e outras drogas na gravidez. Fazemos revisão puerperal até 42 dias após de parto. A UBS tem programa SIS pré-natal, porém não fazemos atividades em grupos de gestantes já que atualmente só temos três gestantes na área da abrangência, sendo que todas (100%) estão sendo acompanhadas e com o esquema de imunização em dia do acordo ao protocolo nacional de imunização.

As ações que fazemos na UBS em relação ao puerpério são: acolhimento da UBS após alta do recém-nascido, fazendo um bom exame físico, examinando principalmente mamas, feridas das cesáreas/episiotomias, existência de sangramentos vaginais prolongados, e também conversamos a respeito da importância do aleitamento materno exclusivo até 6 meses e ações de promoção da saúde.

Segundo o CAP a estimativa de usuárias gestantes para nossa UBS é de 18, mas na atualidade só temos 3 grávidas, já para o puerpério segundo o CAP é de 22, mas só temos 5 puérperas em nossa área de cobertura.

Em relação ao câncer de colo de útero e câncer de mama. Periodicamente realizamos ações de educação em saúde da mulher para realização do exame preventivo do câncer de colo uterino e estimular o autoexame de mama. Fazemos encaminhamento de mamografia para as mulheres a partir dos 35 anos todos os dias da semana em todos os turnos de atendimento da UBS de acordo com a demanda espontânea. Neste município a mamografia é feita anualmente de acordo com o protocolo da secretaria municipal de saúde atualizado em 2014.

Realizamos coleta de exame cito patológico a todas as mulheres em idade fértil entre os 25 e 64 anos da área de cobertura da UBS Vila Cristina todos os dias da semana em todos os turnos de trabalho da UBS, sendo que as coletas são realizadas pelo médico e enfermeira. Tanto os agentes comunitários de saúde como a enfermeira e o médico aproveitaram o contato com as mulheres para verificar a necessidade de realizar promoção e prevenção de saúde contra o câncer de mama e câncer de colo uterino, e fazemos rastreamento organizado do câncer de colo e câncer de mama usando como guia o protocolo da secretaria municipal de saúde atualizado anualmente.

Segundo o CAP o número de mulheres entre 25 e 64 anos para nossa UBS é de 508, mas temos cadastradas 446 (87,8%) mulheres neste grupo etário, e a estimativa de mulheres entre 50 e 69 anos é de 190 e temos o cadastro de 201 mulheres neste grupo etário, ou seja, número que ultrapassa as estimativas.

Em relação às doenças crônicas não transmissíveis, HAS e DM, as quais são importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares e são considerados potencialmente controláveis com a adoção de medidas preventivas, realizamos ativamente ações de orientações de hábitos alimentares saudáveis, para os portadores de HAS e DM, ações de controle de peso corporal, ações de estímulo à prática regular da atividade física, ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, orientemos sobre os malefícios do tabagismo. O atendimento dos usuários com HAS e DM em nossa UBS é realizado todos os dias da semana em todos os turnos, os encarregados do atendimento dos usuários com HAS e DM são o médico, enfermeira e auxiliar de enfermagem. Após a consulta, o usuário com HAS e DM sai da UBS com a próxima consulta programada, além das consultas agendadas estes são atendidos quando solicitam demanda espontânea por problemas de saúde aguda.

Para o atendimento destes pacientes utilizamos o protocolo da secretaria municipal de saúde atualizado em 2014. Dentre os cuidados que oferecemos aos usuários com HAS e DM em nossa UBS temos imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, diagnóstico e tratamento de problemas de saúde bucal, avaliação periódica dos fatores de riscos, consultas especializadas periodicamente mediante encaminhamentos a serviços especializados. Todos os usuários com hipertensão e diabetes da área de cobertura da UBS de Vila Cristina

tem garantidos a realização de exames de laboratório de acordo a protocolo de atenção a hipertensão bem como os medicamentos da farmácia popular.

Segundo o CAP, que na área temos 223 pessoas com hipertensão, mas temos apenas 58 (26%); já os diabéticos a situação é ainda mais crítica, pois a estimativa é de 72 na nossa área de abrangência, mas temos apenas 20 (29%) cadastrados na UBS.

Sobre a saúde do idoso fazemos atendimento de pessoas idosas todos os dias da semana e em todos os horários. Todos os usuários idosos atendidos em nossa UBS são da área de cobertura da UBS, e participam no atendimento o médico, a enfermeira, o técnico em enfermagem e o odontólogo.

Após a consulta o usuário idoso sai da UBS com a próxima consulta agendada e oferecemos ainda atendimento a demanda espontânea dos idosos que precisem de atendimento no dia por problemas de saúde aguda. As ações de saúde desenvolvidas na UBS para usuários idosos são imunização, promoção de hábitos alimentares saudáveis, realização de atividade física, promoção de saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, pesquisa de doenças crônicas e fatores de riscos para estas doenças, realização periodicamente de exames de laboratório e encaminhamentos a consultas especializadas, além das visitas domiciliares para os usuários acamados e com dificuldade de locomoção.

Contamos com um sistema de referência aos níveis secundários e terciários da atenção que funciona de maneira adequada, o que é garantia de um atendimento integral da saúde da comunidade. O numero de usuários maiores de 60 anos de nossa área segundo a estimativa do CAP é de 251 usuários, mas temos cadastrados 425 idosos, isto é quase o dobro do estimado pelo CAP. Dessa forma podemos constatar que nossa população tem uma baixa natalidade e alta expectativa de vida.

Na atenção a saúde bucal em nossa UBS tem suas particularidades específicas já que as consultas odontológicas são oferecidas uma vez por semana na UBS, e os usuários são agendados de acordo com as necessidades e priorizando as consultas dos grupos de riscos, (gestantes, crianças, idosos, hipertensos, diabéticos e outros). As visitas nas escolas que são feitas periodicamente estão sendo programadas a cada três meses e garantindo a presença do médico, odontólogos e técnico de saúde bucal e quando possível os demais membros da equipe.

O maior desafio que temos na UBS é garantir o registro de todos os usuários da área de cobertura, o que se torna ainda mais difícil pelas características geográficas de Vila Cristina que é uma zona de colonos eminentemente agrícola que tem grandes extensão de terra e a distância entre uma e outra casa é muita às vezes até 5 quilômetros e não temos meio de transporte para fazer o deslocamento.

A esta dificuldade soma-se que a população desta região passa todo o dia no trabalho do campo, e quando os agentes comunitários de saúde conseguem chegar a alguma casa para fazer o cadastro dos usuários ninguém está em casa e quando encontramos alguém em casa é uma pessoa idosa ou alguma criança, sendo assim a maioria dos novos cadastros que estamos fazendo é na UBS quando os usuários procuram atendimento por problemas de saúde agudo e que precisam de atendimento imediato, nas reuniões do conselho local e municipal de saúde estamos abordando este tema, mas está difícil achar uma saída viável até o momento.

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

A situação da ESF/APS em na UBS de Vila Cristina mudou muito desde o início da análise situacional já que várias das ações que teriam de ser feitas na rotina de trabalho diário da UBS não eram feitas e foram retomadas e integradas na rotina de trabalho diário durante a intervenção.

As estratégias de atenção primária de saúde já estão sendo realizadas há vários anos nesta UBS só que parcialmente e algo descoordenadas pelo que nosso trabalho fundamental durante a intervenção foi de organização, acompanhamento e complementação das ações que já estão sendo realizadas e incorporação das ações que não estariam sendo realizadas nos distintos serviços da UBS.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Ela é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal (BRASIL, 2006).

A Diabetes Mellitus é uma das doenças crônicas que mais avança entre a população mundial, sendo que a Federação Internacional do Diabetes estima que são cerca de 250 milhões de pessoas com o problemas em todo o mundo—4% delas (10 milhões) estão no Brasil. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, 33% da população brasileira dos 60 aos 79 anos de idade têm diabetes ou alguma alteração relacionada à glicose (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2012).

A UBS Vila Cristina está localizada na zona rural do município de Caxias do Sul/RS sendo que a população vive basicamente da agricultura. Para o atendimento diário da população de nossa área de cobertura contamos com um médico, uma enfermeira, um técnico três enfermagem, um dentista, um auxiliar de saúde bucal e três agentes comunitários de saúde para uma população cadastrada de 1847 usuários.

Quanto a atenção aos usuários que possuem hipertensão e/ou diabetes estima-se, segundo o CAP, que na área temos 223 pessoas com hipertensão, mas temos apenas 58 (26%); já os diabéticos a situação é ainda mais crítica, pois a estimativa é de 72 na nossa área de abrangência, mas temos apenas 20 (29%) cadastrados na UBS. Estes usuários que assistem regularmente as consultas agendadas contam com orientações necessárias da importância de ter um melhor

controle de sua doença, encaminhamento para realização de todos os exames necessários, e também possuem realização de agendamento para a próxima consulta, mas ainda assim existem vários usuários que não retornam a consulta agendada e não é feita a busca ativa.

De acordo com o caderno de ações programáticas (CAP) temos 63% dos usuários hipertensos com exames complementares periódicos em dia, 63% com orientação sobre prática de atividade física regular, 63% com orientação nutricional para alimentação saudável e 64% com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. Já os que possuem diabetes, segundo o CAP temos 42% dos usuários diabéticos com exames complementares periódicos em dia, 42% com orientação sobre prática de atividade física regular, 42% com orientação nutricional para alimentação saudável e 54% com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico.

Com a realização da intervenção pretendemos melhorar a cobertura de diabéticos e hipertensos assistidos, realizar ações educativas periodicamente, garantir a realização de exames laboratoriais, realizar um exame clínico de qualidade e fazer um registro adequado com monitoramento frequente. Assim, a equipe de trabalho da UBS está realizando reuniões semanalmente onde estamos discutindo estratégias e delegando responsabilidades aos membros da equipe para atingir os objetivos propostos. A intervenção busca dar atenção integral com manutenção, prevenção e promoção da saúde dos usuários destas doenças crônicas não transmissíveis e para isto toda a equipe da saúde da UBS vai trabalhar conjuntamente com o conselho local de saúde, líderes da comunidade e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS).

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Vila Cristina, Caxias do Sul-RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de saúde a os hipertensos e diabéticos da área de cobertura da UBS Vila Cristina.

Meta 1.1 Cadastrar o 100% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e a diabetes mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e a diabetes mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a os hipertensos e diabéticos da UBS Vila Cristina.

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

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

Meta 2.3: Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

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

Meta 2.5: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Meta 2.7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Meta 2.9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos da área de cobertura da UBS Vila Cristina ao programa.

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promoção da saúde dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Vila Cristina, no município de Caxias do Sul/RS. Participarão da intervenção 223 usuários que possuem hipertensão arterial sistêmica e 72 usuários com diabetes mellitus maiores de 20 anos. Os instrumentos utilizados para o desenvolvimento da intervenção serão os disponibilizados pelo curso: planilha de objetivos, metas, indicadores e ações; ficha-espelho; planilha de coleta de dados.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos.

Metas: **1.1** Cadastrar 100% dos usuários hipertensos da área de abrangência no programa de atenção a Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Meta 1.2 Cadastrar 100% dos usuários diabéticos da área de abrangência no programa de atenção a hipertensão e a diabetes mellitus.

Monitoramento e avaliação

Ações:

Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes cadastradas no Programa da UBS.

Detalhamento

O monitoramento será realizado através da planilha de coleta de dados na qual será inserido os usuários cadastrados semanalmente e pelo sistema de informação básica.

Organização e gestão do serviço

Ação

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento

A ficha espelho adotada terá campos para todas as informações que deverão ser coletadas e será utilizada por todos os membros da equipe.

Ação

Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e diabetes.

Detalhamento

Para isto proporcionamos um ambiente agradável e tranquilo com boa iluminação na UBS preparado para realizar ouvidoria de qualidade e da equipe.

Ação

Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro) manguitos, fita métrica. Garantir o material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde

Detalhamento

Para isso temos que solicitar na secretaria municipal de saúde o monitoramento e reparação frequente dos esfigmomanômetro e fornecimento de novos aparelhos inclusive glicosímetro, e realizar o levantamento dos elementos faltosos.

Engajamento público**Ação**

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

Detalhamento

Será realizado através de cartaz e folhetos na sala de espera, nos grupos para hipertensos diabéticos e nas visitas domiciliares onde as ACS difundirão a existência do programa. Esta informação também será divulgada pelo conselho local de saúde de Vila Cristina.

Ação

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

Detalhamento

Será realizado através de cartaz e folhetos na sala de espera e nas visitas domiciliares onde as ACS difundirão esta informação e os principais sintomas da doença.

Ação

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

Detalhamento

Será através de consultas médicas e da enfermagem, folders e palestras na comunidade, cartaz e folhetos na sala de espera, nos grupos para hipertensos e diabéticos.

Ação

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento

Através consulta médica e da enfermagem, sala espera, visitas ACS, folders e palestras na comunidade com informação dos principais sintomas destas doenças.

Qualificação da prática clínica**Ação**

Capacitar os ACS para o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos de a toda área de abrangência da unidade de saúde.

Detalhamento

Haverá capacitações pela enfermeira e o médico clínico geral da UBS. Aproveitaremos as reuniões de equipe que são feitas semanalmente onde poderão expressar suas dúvidas ou inconvenientes com os cadastros e participarão na reunião de atualização e nas reuniões municipal das agentes para troca informação.

Ação

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

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

Detalhamento

Haverá capacitação de equipe conforme protocolo realizado em forma de reunião pela enfermeira e o médico geral da UBS.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a os hipertensos e diabéticos da UBS de Vila Cristina.

Metas:2.1

- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.
- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.
- Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.
- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação**Ação**

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS.

Detalhamento

Com a revisão dos prontuários clínicos, as fichas de registro individual para diabéticos e hipertensos.

Ação

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

Detalhamento

Será feito com o monitoramento dos prontuários clínicos e a fichas de registro individual para diabéticos e hipertensos.

Ação

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento

Esta função estará a cargo de uma das técnicas em enfermagem da UBS responsável de atualizar a base de dados dos tratamentos destes usuários para garantir as necessidades dos medicamentos do HIPERDIA.

Organização e gestão do serviço**Ação**

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico dos pacientes hipertensos e diabéticos de UBS.

Detalhamento

No acolhimento a enfermeira com a equipe de acolhimento tem a função de verificar os sinais vitais dos usuários e o médico fará o exame físico completo destes usuários.

Ação

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

Ação

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento

Estas ações serão feitas semanalmente na reunião da equipe e com capacitação e atualização do protocolo oferecido pela secretaria municipal de saúde periodicamente.

Ação

Disponibilizar versão atualizada do protocolo de hipertensão e de diabetes impressa na unidade de saúde.

Detalhamento

Todas as atualizações do protocolo são distribuídas pela secretaria municipal de saúde.

Ação

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento

Todos os usuários diabéticos e hipertensos têm garantido os exames de laboratório de acordo com o protocolo e a necessidade do paciente.

Ação

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

Detalhamento

Nossa UBS conta com coleta dos exames de laboratório semanalmente e para as urgências contamos com o centro de pronto atendimento.

Ação

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento

Este controle será feito pela técnica em enfermagem e monitorado pela enfermeira da UBS.

Ação

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento

O registro das necessidades dos medicamentos para hipertensão e diabetes será feito mensalmente com a atualização de receitas médicas, com as fichas de atendimento individual, com os prontuários clínicos, pela técnica em enfermagem e monitorado pela enfermeira da UBS.

Engajamento público**Ação**

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

Ação

Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

Ação

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

Ação

Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento

As orientações acontecerão através de consultas médicas e de enfermagem, consultas odontológicas, folders e palestras na comunidade, cartaz e folhetos na sala de espera, nos grupos para hipertensos e grupos para diabéticos, nas VD pelos ACS e por meio do Conselho Local de Saúde.

Qualificação da prática clínica**Ação**

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Ação

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

Ação

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Ação

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

Detalhamento

As capacitações serão feitas periodicamente para todos os membros da equipe com a atualização do protocolo realizadas nas reuniões semanais pelo médico e enfermeira, também são oferecidas regularmente capacitações pela secretaria municipal de saúde nas quais participam todos os membros da equipe.

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

Metas 3.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/o diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 3.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/o diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação

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

Detalhamento

Mediante as revisões da ficha espelho realizada mensalmente pela enfermeira.

Organização e gestão do serviço

Ação

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

Detalhamento

Serão feitas principalmente pelos ACS, mas também pelo médico da equipe acompanhado da enfermeira as sextas feiras, priorizando os com dificuldade de ir à UBS.

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

Detalhamento

Estamos insistindo em cada reunião da equipe da importância de dar prioridade de atendimento nas consultas aos pacientes faltosos e difundindo a informação na população através dos ACS e o conselho local de saúde.

Engajamento público

Ação

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas dos usuários hipertensos e diabéticos e sobre a periodicidade das mesmas.

Detalhamento

Serão feitas orientações nas consultas médicas e da enfermagem, consultas odontológicas, folders e palestras na comunidade, cartaz e folhetos na sala de espera, nos grupos para hipertensos e grupos para diabéticos, nas VD dos ACS e do médico, por meio do conselho local de saúde e a rádio da comunidade.

Ação

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

Detalhamento

Esta comunicação será junto ao conselho local de saúde, nas reuniões feitas mensalmente, neste espaço escutaremos na população e também durante a recepção dos usuários na UBS.

Qualificação da prática clínica

Ação

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

Detalhamento

Os ACS serão treinados no conhecimento do protocolo de hipertensão e de diabetes na capacitação dada pelo médico e enfermeira.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Monitoramento e avaliação

Ação

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Ação

Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento

Todos os campos da ficha espelho devem estar adequadamente preenchidos.

Organização e gestão do serviço

Ação

Manter as informações do SIAB atualizadas.

Ação

Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

Ação

Pactuar com a equipe o registro das informações.

Ação

Definir responsável pelo monitoramento registros.

Ação

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento

A enfermeira coordenadora de UBS é a responsável da atualização mensalmente o SIAB, os dados obtidos semanalmente serão registrados na planilha de coleta de dados fornecida pelo curso e será feito o monitoramento e atualização dos registros obtidos a cada mês pelo o médico clínico geral e a enfermeira coordenadora da UBS para identificar os faltosos e a execução das ações.

Engajamento público.**Ação**

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

Detalhamento

Serão feitas orientações nas consultas médicas e de enfermagem, consultas odontológicas, folders e palestras na comunidade, cartaz e folhetos na sala de espera, nos grupos para hipertensos e grupos para diabéticos, nas VD dos ACS e do médico, por meio do conselho local de saúde e a rádio da comunidade.

Qualificação da prática clínica**Ação**

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso.

Ação

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

Detalhamento

Será feita capacitação antes do início da intervenção pelo médico durante a reunião semanal.

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

Meta5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

Ação

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

Ação

Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento

Por meio do monitoramento feito mensalmente pelo médico clínico geral e a enfermeira coordenadora da UBS.

Organização e gestão do serviço

Ação

Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Ação

Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento

Como não temos excesso de demanda espontânea em nossa UBS estes atendimentos serão agendados no horário da tarde de acordo as necessidades.

Engajamento público

Ação

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

Ação

Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento

Serão feitas orientações nas consultas médicas e da enfermagem, consultas odontológicas, folders e palestras na comunidade, cartaz e folhetos na

sala de espera, nos grupos para hipertensos e grupos para diabéticos, nas VD dos ACS e do médico, por meio do conselho local de saúde e a rádio da comunidade.

Qualificação da prática clínica

Ação

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

Ação

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

Ação

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

Detalhamento

A capacitação será oferecida por a enfermeira coordenadora da UBS e o médico clínico geral de UBS no horário de reunião da equipe de saúde da UBS.

Objetivo 6 Promover saúde aos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/o diabéticos.

Meta 6.2: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e/o diabéticos.

Meta 6.3: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e/o diabéticos.

Meta 6.4: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e/o diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ação

Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista.

Ação

Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista.

Ação

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Ação

Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos

Ação

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Ação

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Ação

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento

O monitoramento destas ações estará sendo feito pelo médico clínico geral em cada consulta médica ao preencher a ficha espelho na orientação individual e estão sendo planejadas atividades em grupo para aprofundar estas orientações.

Organização e gestão do serviço**Ação**

Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso.

Ação

Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

Ação

Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso.

Detalhamento

Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

Ação

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento

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

Ação

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

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

Ação

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

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

Ação

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

Detalhamento

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

Detalhamento

Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Os grupos de tabagismo estão organizado a nível municipal pelo NASF e os usuários que necessitarem destes atendimentos são encaminhados a estes grupos.

Engajamento público**Ação**

Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Ação

Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Ação

Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Detalhamento

Estas parcerias serão feitas através do conselho local de saúde que serão os responsáveis destas ações e mobilizar a comunidade.

Ação

Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Ação

Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Ação

Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Ação

Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Ação

Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Ação

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

Detalhamento

Serão feitas orientações nas consultas médicas e da enfermagem, consultas odontológicas, folders e palestras na comunidade, cartaz e folhetos na sala de espera, nos grupos para hipertensos e grupos para diabéticos, nas VD dos ACS e do médico, por meio do conselho local de saúde e a rádio da comunidade.

Qualificação da prática clínica**Ação**

Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso.

Ação

Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso.

Ação

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

Ação

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

Ação

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

Ação

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

Ação

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

Ação

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

Ação

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

Ação

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

Ação

Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

Ação

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

Detalhamento

O responsável pela capacitação da equipe de saúde será o médico clínico geral e a enfermeira coordenadora da UBS e será feita nos dias da reunião da equipe na UBS.

2.3.2 Indicadores

- 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.

- 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.

- 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.

- 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.

- 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.

- 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.

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

- 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.

- 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.

- 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.

- 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.

- 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.

- 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.

- 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.

- Proporções 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

- 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.

- Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

- Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3. Logística

Na primeira semana será realizada a capacitação de todos os membros da equipe de trabalho de UBS com o uso protocolo de hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde, que já está disponível na UBS, também vamos mostrar a utilização e preenchimento da ficha espelho fornecida pela especialização que será utilizado para o registro individual dos usuários hipertensos e diabéticos. Será necessária a impressão de 400 fichas espelho, sendo que faremos esta solicitação para o gestor de saúde.

Estas capacitações serão oferecidas pelo médico clínico geral da UBS e a enfermeira gerente da UBS no mesmo local que são feitas as reuniões da equipe semanalmente. Também serão estabelecidas as responsabilidades de cada membro da equipe da UBS na primeira semana, nesta mesma semana será feita a primeira reunião com o conselho local de saúde e líderes da comunidade para orientar sobre a importância da intervenção que estará sendo feito com os usuários diabéticos e hipertensos, e a importância do apoio deles nas atividades que serão feita ao longo deste projeto de intervenção dada as características desta população, estas reunião serão feitas mensalmente.

O atendimento clínico dos usuários diabéticos e hipertensos será feito todos os dias e em todos os turnos já que não temos excesso de demanda espontânea em nossa UBS.

Os grupos de hipertensos e diabéticos serão realizados duas vezes durante o período de intervenção, pois é impossível realizar estas atividades grupais mensalmente em nossa UBS dada as características geográficas e as atividades que realizam as maiorias dos moradores de Vila Cristina.

A busca ativa dos faltosos será feita pelos ACS durante toda a intervenção.

Assim como o monitoramento e controle dos hipertensos e diabéticos que será sendo feito durante toda a intervenção pelo médico clínico geral nas consultas de controle e seguimento. Os materiais necessários para este acompanhamento

como esfigmomanômetro, glicosímetro e fitas para glicoteste serão solicitados junto aos gestores mensalmente.

Vamos organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, em todos os dias e turnos de atendimento da UBS.

Para alcançar um maior número de cadastros e buscar o engajamento público vamos informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão ao programa, esclarecer sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Estas informações serão oferecidas na população através de cartazes, palestra, pôster e informações nos acolhimentos e consultas de controle e seguimento, estes materiais serão confeccionados pelos membros da equipe de saúde e impressos na secretaria de saúde do município.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção que tinha como objetivo melhorar a atenção aos usuários que possuem Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabete Mellitus na UBS Vila Cristina, em Caxias do Sul/RS foi desenvolvida em 12 semanas.

Dentro das ações programadas na intervenção tínhamos ações em relação ao monitoramento e avaliação como monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da UBS de Vila Cristina, este foi realizado por meio de planilhas de coleta de dados, visitas domiciliares dos ACS, consultas médicas, consultas odontológicas, exames laboratoriais, reuniões de grupos sistema de informação básica da UBS.

Dentro das facilidades na realização destas ações encontra-se o trabalho feito pelos agentes comunitários de saúde tanto na busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos nas consultas de controle e seguimento assim como nas pesquisas de hipertensão e diabetes no trabalho de campo. Também contamos com consultas odontológicas uma vez por semana facilitando o seguimento da saúde bucal destes usuários na UBS, temos também a realização de exames de laboratoriais todas as terças facilitando o controle e seguimento por exames de laboratório dos usuários com hipertensão e diabetes.

Dentro de nossas principais dificuldades temos a situação geográfica e a fonte de trabalho da maioria da comunidade (80%) que é a agricultura, existe esta dificuldade, pois estes trabalhadores passam o dia no campo trabalhando sendo difícil encontra-los nas suas residências e também que compareçam nas consultas. Outro aspecto que se torna difícil para eles é o comparecimento nas reuniões de grupo, sendo assim durante o período de intervenção conseguimos realizar apenas três encontros com aproximadamente oito usuários em cada encontro. Mesmo com

uma baixa adesão os encontros foram produtivos, com a preparação dos assuntos que seriam abordados, depois com as conversas com os usuários, isso trouxe uma maior aproximação da equipe entre si e entre os usuários.

Quanto a organização e gestão do serviço garantimos o registro dos usuários participantes da intervenção tanto nas visitas dos ACS como nas consultas médicas com o preenchimento das fichas espelho para melhorar o acolhimento, garantimos o material adequado em quantidade suficiente para a verificação da pressão arterial, pesagem os e realização de hemoglicoteste não só para os usuários com diabetes mellitus já que temos um estoque para outras situações de emergência, estas ações na área de acolhimento são feitas normalmente pela equipe de acolhimento da UBS composto por dois técnicos em enfermagem e a enfermeira de UBS que também exerce a função de coordenadora da UBS, o acolhimento dos usuários com hipertensão e diabetes é feito todos os dias em todos os turnos de trabalho da UBS; todo o material utilizado nestas atividades de acolhimento é fornecido mensalmente pela secretaria municipal de saúde de acordo as necessidades da UBS o que não é muito difícil já que esta área de farmácia esta informatizada e funciona com perfeição.

Dentro das ações relacionadas ao engajamento público buscamos diferentes vias para levar à comunidade as informações necessárias da importância da intervenção que estávamos fazendo na UBS fazendo ênfase a importância de toda a comunidade de diminuir e controlar os principais fatores de riscos destas doenças mediante a elaboração de folders e cartazes que foram colocados nas escolas, igrejas, locais comerciais, centro de trabalho e na própria UBS além das informações fornecidas por os agentes comunitários de saúde no trabalho com a comunidade, a equipe do acolhimento e o médico também forneceram estas informações aos usuários que frequentam a UBS nos atendimento e nas consultas médicas.

Além de informar a comunidade da realização e a importância da intervenção na UBS oferecíamos informação sobre a existência do Programa de Atenção aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus e a importância de estar cadastrados nele para garantir o melhor controle e seguimento destas doenças, a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos anualmente, orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão e diabetes, orientação sobre a importância do

rastreamento da diabetes em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, através de consultas médicas e da enfermagem.

Com a cooperação dos agentes comunitários de saúde iniciamos a formação dos grupos de hipertensão e diabetes que não existiam há vários anos, estes grupos foram organizados por microáreas de saúde e as reuniões foram coordenadas mensalmente pelos agentes comunitários de saúde e a enfermeira da UBS só conseguiu fazer uma reunião de grupo de hipertensão e diabetes por mês e os temas palestrados nas reuniões de grupos eram preparados pelo o médico clínico geral, embora tenham pouca assistência dos usuários nas reuniões de grupos de hipertensão e diabetes, mas a principal meta é manter as reuniões de grupos de hipertensão e diabetes independentemente da conclusão da intervenção.

As ações em relação à qualificação da prática clínica foram feitas na UBS onde fizemos capacitações dos agentes comunitários de saúde nestas capacitações também participaram os técnicos de enfermagem; as capacitações foram feitas nas primeiras três semanas da intervenção no mesmo dia das reuniões da equipe de saúde da UBS. Além destas capacitações feitas na UBS a secretaria municipal de saúde oferece capacitações regularmente não só para enfermeira e o médico clínico geral também para os demais membros de equipe de trabalho de UBS em dependência dos temas tratados.

Estas palestras foram oferecidas pela enfermeira da UBS e médico clínico geral, onde eram abordados o uso do protocolo de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde e o protocolo que também é disponibilizado pela secretaria municipal de saúde, também lembramos de como deve ser feito um correto cadastramento dos usuários, a forma correta e técnicas para realizar a medição da pressão arterial e realização correta de hemoglicoteste.

Todas as capacitações tiveram boa receptividade pela equipe de saúde e atualmente estamos fazendo capacitações em outros temas.

No desenvolvimento da intervenção tivemos várias dificuldades entre elas a dissolução do Conselho Local de Saúde na segunda semana da intervenção o que para nós foi um duro golpe porque o principal órgão de enlace com a população e as instituições de ensino, sendo que precisamos buscar alternativas que permitissem o desenvolvimento e continuidade da intervenção e neste período tivemos o apoio da associação de Moradores da Vila Cristina, os líderes informais da comunidade, os pastores religiosos e os integrantes da subprefeitura de Vila Cristina; que

conjuntamente com toda a equipe de trabalho da UBS, nos apoiaram, e assim garantimos o cumprimento das ações da intervenção na UBS de Vila Cristina.

Outra dificuldade foi a regularidade e sistematização das reuniões de grupo dos usuários com hipertensão e diabetes que por: situações geográficas, por exemplo, as grandes extensões de terreno originam as grandes distâncias entre um e outro assentamento de moradores além da não contar com transporte urbano em Vila Cristina que facilitem a movimentação dos usuários; situações econômicas já que a principal fonte de trabalho é a agricultura e no segundo mês do início da intervenção coincidiu com no início da safra da uva evento mais importante nesta região já que esta atividade gera uma fonte de trabalho para boa parte do município.



Figura 1: Atividade com grupo de hipertensos e diabéticos



Figura 2: Entrega de material educativo para grupo de hipertensos e diabéticos



Figura 3: Grupo de usuários com hipertensão e diabetes da UBS Vila Cristina

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

A pesar das dificuldades encontradas no desenvolvimento da intervenção todas as ações propostas foram realizadas, sendo que para cada obstáculo encontrado buscamos a melhor solução para dar continuidade as ações. Sendo que as não foram cumpridas na totalidade pelo menos foram feitas parcialmente como aconteceu com os encontros de grupos de hipertensão e diabetes que não puderam ser feitos com a frequência prevista no início da intervenção, mas que foram realizadas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No início da intervenção tive alguns problemas de preenchimento da planilha de coleta de dados e que juntamente com a orientadora foram facilmente resolvidos.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Na nossa UBS várias ações foram incorporadas normalmente na rotina de trabalho, como o acolhimento dos usuários, controle e seguimento dos usuários que possuem hipertensão e diabetes, realização de exame clínico e de laboratório, consultas odontológicas, cadastro das pessoas que possuem hipertensão e diabetes no programa de atenção a hipertensão e diabetes, visitas domiciliares bem como reforçar as responsabilidades de cada membro da equipe. Outras ações que não realizávamos e agora já estão incorporadas na rotina do serviço são as reuniões de grupos e a maior frequência da realização das capacitações dos membros da equipe.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Antes de iniciar a intervenção estávamos usando os dados do CAP para desenvolver nossos objetivos e metas, sendo assim tínhamos uma estimativa de 223 usuários que deveriam ter hipertensão arterial sistêmica e de 72 que deveriam ter diabetes em nossa área de abrangência. Com desenvolvimento das atividades e início da intervenção usamos as estimativas da PCD para esta população, sendo que foram estimadas 281 pessoas que deveriam ter hipertensão e 69 com diabetes para nossa área de abrangência. (ao longo da intervenção encontramos importantes diferenças numéricas nos cadastros aos usuários com hipertensão e diabetes pelo que decidimos usar a estimativa da coleta de dados para a intervenção).

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de pessoas com hipertensão e/ou diabete.

Meta. 1.1. Cadastrar 100% das pessoas com hipertensão no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde.

Nossa equipe tinha a proposta de cadastrar 100% das pessoas hipertensas, ou seja, a população alvo, que está na estimativa de 281 hipertensos maiores de 20 anos, segundo dados da Planilha de Coleta de Dados. Conseguimos cadastrar 239 usuários hipertensos o que representa o 85% dos estimados. Como podemos observar na Figura 1 no primeiro mês cadastramos 94 (33,5%) usuários da população alvo, no segundo continuamos aumentando nossas expectativas chegando a 182 (64,8%) e encerramos a intervenção com 239 (85,1%), faltando cadastrar 42 possíveis hipertensos, representando 14,9% dos deixados de cadastrar no programa de atenção a hipertensão e diabetes segundo estimativa da PCD.

Meta. 1.2. Cadastrar 100% das pessoas com diabetes mellitus no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador: Cobertura do Programa de Atenção à diabetes mellitus na unidade de saúde.

Nossa equipe tinha a proposta de cadastrar 100% das pessoas diabéticas, ou seja, a população alvo, que está na estimativa de 69 usuários diabéticos maiores de 20 anos, segundo dados da Planilha de Coleta de Dados. Conseguimos cadastrar 62 pessoas com diabete o que representa o 89,8% dos estimados. Como podemos observar na Figura 2 no primeiro mês cadastramos 33 (47,8%) usuários diabéticos da população alvo, no segundo continuamos aumentando nossas expectativas chegando a 55 (79,7%) e encerramos a intervenção com 62 (89,9%), faltando cadastrar 7 possíveis usuários diabéticos, representando 10,1% dos deixados de cadastrar no programa de atenção a hipertensão e diabetes segundo a estimativa da PCD.

O aumento na cobertura do programa de hipertensão arterial e diabetes para os usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus foi possível mediante o trabalho desenvolvido por toda a equipe de saúde da UBS desde o início da intervenção garantindo o agendamento das consultas dos usuários com hipertensão e diabetes por os técnicos em enfermagem e a enfermeira da UBS eles também realizarem a localização via telefônica e reagendamento dos usuários com

hipertensão e diabetes faltosos nas consultas de controle e seguimento esta busca também foi feita por os ACS nos domicílios e o médico clínico geral e a enfermeira nas visitas domiciliares.

Também foi realizado um ótimo acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos em todos os turnos de trabalho pela equipe que realizavam esta função, ou seja, os dois técnicos de enfermagem e a enfermeira da UBS também sempre tiveram disponíveis e garantidos todo o material necessário para o acolhimento, consultas e seguimento dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus na UBS como, por exemplo, esfigmanômetro, manguitos, fita métrica, estetoscópio, hemoglicoteste, estes materiais são fornecidos regularmente de acordo as necessidades da UBS pela secretaria municipal de saúde. Dessa forma, todos estes aspectos contribuiriam para termos esta cobertura.

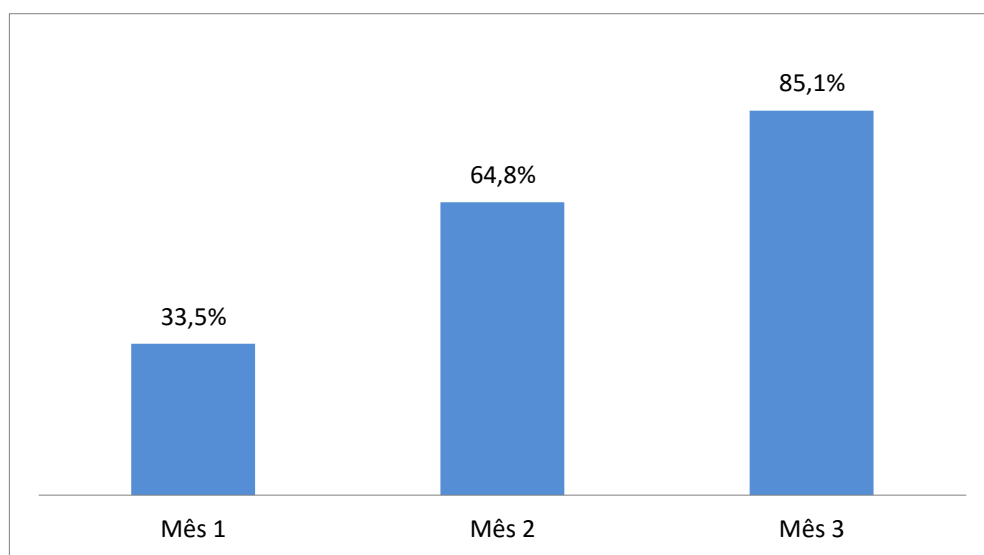


Figura 4: Cobertura do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica na unidade de saúde Vila Cristina. Caxias do Sul, RS; 2016.

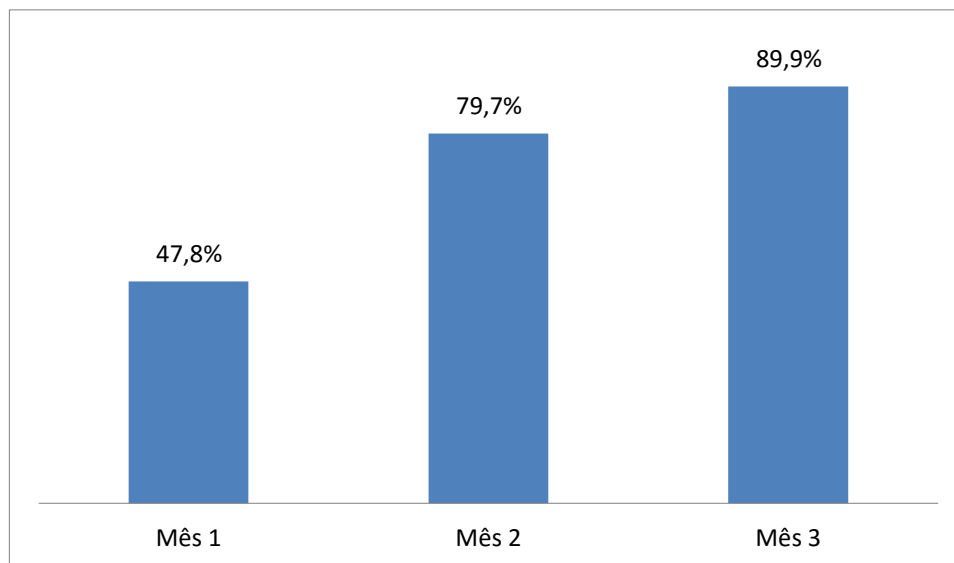


Figura 5: Cobertura do programa de Atenção à Diabetes Mellitus na unidade de saúde Vila Cristina. Caxias do Sul, RS; 2016.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a os hipertensos e diabéticos da UBS de vila Cristina.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrado no programa de atenção a hipertensão e diabetes na UBS de vila Cristina.

A proporção de hipertensos com exames clínicos em dia na UBS de Vila Cristina foi de 94 (100%) no primeiro mês, no segundo mês alcançamos 182 (100%) dos cadastrados e no terceiro mês finalizamos a intervenção com 239 usuários cadastrados no programa todos com exames clínicos apropriado em dia alcançando o 100% dos usuários com hipertensão no Programa da atenção a hipertensão e diabetes.

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

A proporção de usuários diabéticos com exames clínicos em dia na UBS de Vila Cristina foi de 33 (100%) no primeiro mês em todos foram realizado exame clínico apropriado, no segundo mês alcançamos 55 (100%) e no terceiro mês finalizamos a intervenção com 62 usuários cadastrado no programa todos com exames clínico apropriado alcançando 100% dos usuários com diabete cadastrados no Programa da atenção a hipertensão e diabetes.

Estas metas puderam ser alcançadas já que os usuários com hipertensão e diabetes tinham garantidas as bagas para consulta de controle e seguimento todos os dias em todos os turnos de trabalho da UBS e o reagendamento dos usuários

faltosos nas consultas, o exame clínico dos usuários com hipertensão e diabetes iniciava no acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos com a toma de PA,HGT,PESO, ETC., e concluía na consulta com o exame físico minucioso na primeira consulta e já mais geral nas consultas de seguimento.

Meta 2.3. Realizar exame dos pés em 100% das pessoas com diabetes a cada 03 meses (com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade).

Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Vila Cristina foi de 94 (100%) no primeiro mês, no segundo mês 182 (100%) e no terceiro mês 239 (100%) usuários com exames complementares em dia de acordo com o Protocolo de atenção aos usuários com hipertensão.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Vila Cristina.

No primeiro mês tivemos 33 (100%) usuários com diabetes cadastrados na intervenção com realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no segundo mês 55 (100%) e no terceiro mês 62 (100%) usuários com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Foi possível a realização de exames de laboratório a todos os usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus cadastrados na intervenção devido à realização das coletas de exames de sangue que eram agendadas uma vez por semana na UBS, normalmente temos ate 20 vagas disponíveis semanalmente para exames de laboratório, mas durante a intervenção tínhamos ate 30 vagas disponíveis por semana facilitando esta atividade para os usuários e para a equipe, outro aspecto favorável foi à atualização das fichas de acompanhamento dos usuários que era realizado por todos os membros da equipe.

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

Todos os usuários com hipertensão arterial da área de cobertura da UBS de Vila Cristina cadastrados no programa de atenção a hipertensão e diabetes estão

utilizando medicamentos da farmácia popular assim foi comprovado durante a intervenção mês por mês e no primeiro mês da intervenção iniciamos com 94 (100%) usuários hipertensos cadastrados no Programa e todos estão usando medicamentos da farmácia popular, no segundo mês da intervenção alcançamos 182 (100%) hipertensos e foi concluída a intervenção com 239 (100%) usuários que possuem hipertensão utilizando medicamentos da farmácia popular.

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

Todos os usuários que possuem diabetes cadastrados na intervenção estão utilizando medicamentos da farmácia popular assim foi comprovado durante a intervenção mês por mês e no primeiro mês da intervenção iniciamos com 33 (100%) usuários com diabete, no segundo mês da intervenção alcançamos 55 (100%) dos cadastrados e foi concluída a intervenção com 62 (100%) dos cadastrados utilizando medicamentos da farmácia popular.

Todos os medicamentos que foram utilizados para este grupo populacional estão disponibilizados na farmácia popular que é gerenciada pela prefeitura do município conjuntamente com a secretaria municipal de saúde. Também os medicamentos que são utilizados pelas pessoas que possuem hipertensão ou diabete já eram fornecidos a todos na farmácia da UBS gratuitamente desde 2011, sendo que isto sempre foi garantido devido a uma ampla rede informatizada que é ministrada dependendo da necessidade da UBS.

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

A realização do atendimento odontológico para os usuários hipertensos cadastrado na intervenção foi sempre garantida, assim no primeiro mês da intervenção receberam atendimento odontológico 94 (100%) usuários que possuíam hipertensão cadastrados na intervenção, no segundo mês alcançamos 182 (100%) e concluímos no terceiro mês com 239 (100%) usuários com avaliação odontológica.

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

Este indicador também foi garantido nos três meses de intervenção, sendo que no primeiro mês 94 (100%) usuários foram avaliados, no segundo mês alcançamos 182 (100%) e concluímos o terceiro mês com 239 (100%) usuários cadastrados com avaliação de necessidade de atendimento odontológico. A necessidade de atendimento odontológico foi feita pelo médico clínico geral nas consultas de controle e seguimento e os hipertensos e diabéticos que precisarem atendimento odontológicos foram agendados na consulta de odontologia que acontece na UBS uma vez por semana, estas bagas extras dos usuários com hipertensão e diabetes estiveram garantidas durante toda a intervenção.

Objetivo 3. Melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos da área de cobertura da UBS Vila Cristina ao programa.

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

Desde o início da intervenção foi realizada a busca ativa dos usuários hipertensos faltosos as consultas assim no primeiro mês foram 22 (100%) usuários hipertensos faltosos nas consultas os quais foram buscados por distintos meios, no segundo mês foram 37 usuários faltosos com igual número de busca e reagendamento de nova consulta, ou seja, 100% e concluímos a intervenção com 48 usuários hipertensos faltosos nas consultas de controle e seguimento e para todos foi feita a busca ativa 100%.

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

Da mesma forma aconteceu para os que possuem diabetes assim no primeiro mês foram 7 usuários diabéticos faltosos nas consultas os quais foram buscados por distintos meios em sua totalidade (100%), no segundo mês da intervenção foram 9 usuários faltosos e 100% com busca ativa, e concluímos a intervenção com 11 pessoas com diabetes faltosas as consultas, sendo que para todos foi feita a busca ativa 100%.

Os motivos para a obtenção destes resultados estão no trabalho que desenvolveu toda a equipe desde o início com um planejamento meticuloso e o seguimento das ações quase que diariamente para alcançar o cumprimento destas metas. Achamos também que foi possível pelo grau de compromisso da equipe que

procuro várias vezes cada usuário com hipertensão e diabetes faltoso nas consultas de controle e seguimento, os agentes comunitários dia a dia nos domicílios, os técnicos em enfermagem através dos familiares na recepção e mediante chamadas telefônicas continuamente e com a reorganização da agenda de atendimentos odontológicos e médico facilitando o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos nas consultas.

Objetivo 4. Verificar a proporção de usuários registrados na ficha de acompanhamento

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

No primeiro mês de intervenção garantimos ficha de acompanhamento a 94 (100%) usuários, no segundo mês da intervenção chegamos a 182 (100%) e no terceiro mês da intervenção finalizamos com 239 (100%) hipertensos com ficha de acompanhamento em dia.

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

No primeiro mês de intervenção garantimos ficha de acompanhamento completa a 33 (100%) dos usuários diabéticos cadastrados na intervenção, no segundo mês chegamos a 55 (100%) e no terceiro mês da intervenção finalizamos com 62 diabéticos com ficha de acompanhamento em dia o que representa o 100% dos usuários com diabetes cadastrados na intervenção.

Manter todos os usuários cadastrados no Programa de atenção a hipertensão e diabetes com registro adequado na ficha do acompanhamento foi um duro trabalho que só foi possível com a cooperação e esforço de toda a equipe de saúde da UBS, nesta atividade participou toda a equipe de saúde na atualização e preenchimento das fichas espelho médica e odontológica para garantir o melhor controle e seguimento destes usuários.

Objetivo 5. Realizar avaliação dos fatores de risco cardiovascular nos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS.

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

A estratificação de risco cardiovascular foi feita mês por mês em todos os usuários com hipertensão arterial cadastrados no Programa de atenção a hipertensão e diabetes, os 94 (100%) dos usuários cadastrados no programa no primeiro mês receberam esta avaliação, no segundo mês 182 (100%) e concluímos a intervenção com 239 (100%) dos hipertensos cadastrados com avaliação de risco cardiovascular.

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

A estratificação de risco cardiovascular foi feita mês a mês em todos os usuários com diabetes cadastrados na intervenção, sendo que no primeiro mês foram 33 usuários (100%), no segundo mês 55 (100%), e concluímos a intervenção com 62 (100%) diabéticos cadastrados na intervenção com realização avaliação de risco cardiovascular.

A estratificação de risco cardiovascular a todos os usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus cadastrados na intervenção foi feita pelo medico clinico geral nas consultas de controle e seguimento destes usuários, a avaliação iniciava no acolhimento e concluía nas consultas médicas com avaliação dos usuários hipertensos e diabéticos, todos os usuários hipertensos e diabéticos tinham bagas garantidas para as consultas de controle e seguimento em todos os turnos de trabalho de UBS.

Objetivo 6. Promoção da saúde dos hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS.

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

No primeiro mês da intervenção garantimos que todos os usuários hipertensos cadastrados no Programa de atenção a hipertensão e diabetes recebessem orientações sobre o hábito de alimentação saudável, sendo assim no primeiro mês 94 (100%) dos hipertensos receberam orientação, no segundo mês 182 (100%) e encerramos a intervenção com 239 (100%) receberam informações sobre os hábitos de alimentação saudável e como esta prática beneficia sua saúde.

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

No primeiro mês da intervenção garantimos que todos os usuários diabéticos cadastrado no programa de atenção a hipertensão e diabetes receberam orientações sobre hábito de alimentação saudável 33 (100%), no segundo mês 55 (100%), e encerramos a intervenção com 62 (100%) diabéticos cadastrados com informações sobre os hábitos de alimentares saudáveis e como esta prática beneficia sua saúde.

Todos os usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus cadastrados no programa de atenção a hipertensão e diabetes receberam orientações sobre hábitos de alimentação saudável por diferentes meios como os audiovisuais; em folders colocados em pontos estratégicos como nos locais comerciais, centros religiosos, escolas da comunidade e na própria UBS. Conversas com os usuários hipertensos e diabéticos durante o acolhimento, nas consultas médicas e odontológicas, nas reuniões de grupo feitas nos salões comunais da comunidade, escolas e na UBS, e nas visitas domiciliares. Todos os membros da equipe de saúde da UBS contam com os conhecimentos necessários para fornecer estas orientações.

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

No primeiro mês da intervenção garantimos que todos os usuários hipertensos cadastrado no programa de atenção a hipertensão e diabetes receberam orientações sobre a prática regular de atividade física 94 (100%) no primeiro mês, 182 (100%) no segundo mês e 239 (100%) no último mês.

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

No primeiro mês da intervenção garantimos que todos os usuários diabéticos cadastrados recebessem orientações sobre a prática regular de atividade física 33 (100%), no segundo mês 55 (100%) e no terceiro mês 62 (100%).

Todos os usuários cadastrados na intervenção receberam orientações sobre a prática regular de atividade física e os benefícios desta atividade para sua qualidade de vida, por meio de folders colocados em pontos estratégicos nos locais comerciais, centros religiosos, escolas da comunidade e na UBS. Em conversas com

os usuários hipertensos e diabéticos no acolhimento, nas consultas médicas e odontológicas, nas reuniões de grupo e nas visitas domiciliares. Todos os membros da equipe de saúde da UBS contam com os conhecimentos necessários para fornecer estas orientações.

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

No primeiro mês da intervenção garantimos que todos os usuários hipertensos cadastrado no programa de atenção a hipertensão e diabetes receberam orientações sobre os riscos de tabagismo 94 (100%), no segundo mês 182 (100%) e encerramos a intervenção com 239 (100%) dos castrados com informações sobre os riscos do tabagismo e de como esta prática afeta consideravelmente a saúde destes usuários, a economia e o entorno familiar.

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

No primeiro mês da intervenção garantimos que todos os usuários diabéticos recebessem orientações sobre os riscos do tabagismo 33 (100%), no segundo mês 55 (100%) e encerramos a intervenção com 62 (100%) diabéticos castrados na intervenção que receberem informações sobre os riscos do tabagismo.

Todos os usuários cadastrados no Programa de atenção a hipertensão e diabetes receberam orientações sobre os riscos do tabagismo por distintas vias e os riscos desta atividade na qualidade de vida, folders colocados em pontos estratégicos nos locais comerciais, centros religiosos e escolas da comunidade e na UBS. Em conversas com os usuários hipertensos e diabéticos no acolhimento, nas consultas médicas e odontológicas, nas reuniões de grupo e nas visitas domiciliares. Todos os membros da equipe de saúde da UBS contam com os conhecimentos necessários para fornecer estas orientações.

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

No primeiro mês da intervenção garantimos que todos os usuários hipertensos cadastrados recebessem orientações sobre higiene bucal 94 (100%), no

segundo mês 182 (100%) e encerramos a intervenção com 239 (100%) com informações sobre higiene bucal.

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

No primeiro mês da intervenção garantimos que todos os usuários diabéticos cadastrados tivessem orientações sobre higiene da saúde bucal 33 (100%), no segundo mês 55 (100%), e encerramos a intervenção com 62 (100%) dos diabéticos cadastrados com orientações sobre a higiene da saúde bucal e como esta prática beneficia sua saúde.

Todos os usuários com hipertensão arterial e diabetes cadastrados receberam orientações sobre a higiene da saúde bucal por distintas vias e os benefícios desta atividade na qualidade de vida, cartazes colocados em pontos estratégicos nos locais comerciais, centros religiosos, escolas da comunidade e na mesma UBS. Em conversas com os usuários hipertensos e diabéticos no acolhimento dos usuários, nas consultas médicas e odontológicas, nas reuniões de grupo e nas visitas domiciliares. Todos os membros da equipe de saúde da UBS contam com os conhecimentos necessários para fornecer estas orientações.

4.2 Discussão

A intervenção em minha UBS proporcionou ampliação de cobertura na atenção aos usuários que possuem hipertensão e diabetes, garantimos um cadastro confiável desses usuários da área de cobertura conhecendo a real situação de saúde de cada um destes usuários conseguindo ter um melhor controle e seguimento deles, trabalhando os fatores de riscos para minimizar as complicações destas doenças. Também conseguimos apoio da comunidade através dos líderes informais, das igrejas, das escolas que funcionaram como um elo de ligação entre os usuários e a UBS, também auxiliaram na organização das maiorias das atividades que envolveram na comunidade.

Atualizamos o conhecimento dos membros da equipe de saúde através das capacitações dos distintos temas relacionados a intervenção (correto cadastramento dos usuários nas fichas de acompanhamento, uso dos protocolos de hipertensão e diabetes fornecidos pelo MS, verificação correta da pressão arterial, realização de

HGH e sua interpretação, principais fatores de riscos e complicações da hipertensão e diabetes, entre outros temas), estas capacitações definitivamente uniram a equipe de saúde possibilitando que a mesma trabalhasse em conjunto por um mesmo fim sendo que cada um dos membros da equipe tinha bem definida suas atividades.

Antes da intervenção a atenção aos usuários com hipertensão e diabetes era mais empírica e não conhecíamos o número de usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus de área de cobertura e muito menos se estavam ou não cadastrados no programa de atenção a hipertensão e diabetes, já que só realizávamos o atendimento destes usuários por livre demanda por meio dos sintomas apresentados no momento das consultas e para atualização de exames de sangue e medicações de uso contínuo.

Com a intervenção esta situação mudou drasticamente de forma favorável para oferecer o atendimento integral desses usuários hipertensos diabéticos e não só de forma assistencial como estava acontecendo.

Atualmente temos o número real de pessoas com hipertensão e diabete na área de cobertura da UBS devido aos cadastros e com estes dados podemos planejar muito melhor as agendas para dar atenção a todos os usuários da área de cobertura.

Todos os usuários com hipertensão e diabetes de área de cobertura da UBS de Vila Cristina cadastrados e a comunidade receberam com muito otimismo a intervenção, ou seja, os cadastros, as formações de grupos de hipertensão e diabetes os agendamentos prioritários e os atendimentos integrais nas consultas de controle e o seguimento destes usuários que continuará funcionando na rotina de trabalho diário da UBS.

Dessa forma percebemos que o impacto da intervenção na comunidade foi percebido desde o início da intervenção sendo que as opiniões dos usuários eram sempre de forma satisfatória e a comunidade sempre foi muito receptiva.

Também gostaria de destacar que os atendimentos aos demais usuários na UBS não teve nenhum contratempo já que não temos mais excesso de demanda espontânea, e conseguimos realizar o agendamento para os usuários que possuíam hipertensão e diabete.

Se a intervenção tivesse iniciado hoje, apenas trocaria a época do ano devido às condições climatológicas que foram muito desfavoráveis para as atividades programadas fora da UBS além do que nos últimos 15 dias da

intervenção iniciam a safra da uva (atividade econômica mais importante da zona), o que interferiu com o desenvolvimento de algumas das atividades que pretendíamos realizar na comunidade. Mas, estes contratempos não interferiram com os objetivos finais da intervenção os que foram conseguidos na totalidade com o trabalho conjunto de toda a equipe de saúde integrado mais que nunca trás um mesmo fim, e agora que conseguimos a união mais forte que antes da equipe de saúde estamos prontos como equipe e como UBS para incorporar as ações implementadas durante a intervenção na rotina de trabalho diário da UBS.

Também vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco e continuar oferecendo as informações a comunidade sobre os principais fatores da hipertensão e diabetes e como evitar as complicações. Já as reuniões de grupos de hipertensos e diabéticos serão organizadas por micro áreas de saúde e terão como responsável o agente comunitário de saúde da micro áreas de saúde correspondente.

A intervenção na UBS deixou muitas coisas positivas, mas a mais importante foi a união da equipe de trabalho e o envolvimento dos mesmos na organização do trabalho da UBS: garantindo os registros de todos os usuários hipertensos e diabéticos, aumento da cobertura na atenção a hipertensão e diabetes. Com a implementação das maiorias das ações da intervenção na rotina de trabalho da UBS poderemos ampliar a cobertura de saúde não só para os usuários hiperter diabéticos, mas também para outros grupos prioritários.

5 Relatório da intervenção para gestores

Caro gestor de saúde

Sou Julio Alberto Pierret Acosta, médico clínico geral participante do Programa Mais Médicos para Brasil (PMMB), estou atuando na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Cristina do município de Caxias do Sul/RS. Como parte de nossas atribuições do PMMB realizamos a Especialização em Saúde da Família, na modalidade à distância oferecido pela Universidade Federal de Pelotas através do Departamento de Medicina Social.

O curso de especialização propicia ao trabalhador/aluno a realizar uma intervenção na unidade básica de saúde (UBS) em que aprendemos os conteúdos respondendo as necessidades do serviço.

Dessa forma, realizamos uma análise situacional da unidade de saúde onde atuamos, sendo que, identificamos que existia uma lacuna na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos com uma baixa adesão ao programa de atenção à hipertensão e diabetes, deficiência nos registros e fichas de acompanhamento, baixo índice das consultas de controle e seguimento e de atenção integral, não existência dos grupos de hipertensão e diabetes com poucas orientações, controle e seguimento das complicações e principais fatores de risco.

Diante disso, o objetivou-se melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e diabetes de nossa unidade.

Para tanto, as ações foram planejadas e desenvolvidas de acordo com os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica.

Dessa forma realizamos capacitações dos membros da equipe no uso de protocolo de hipertensão e diabetes do MS, pesquisa e cadastro de hipertensão e diabetes mediante a tomada correta da PA e HGT, melhora dos registros da UBS, realização de grupos de promoção da saúde, entre outras atividades a fim de dar uma atenção integral a estes usuários.

Durante as doze semanas que foi realizada a intervenção cadastramos 239 usuários com hipertensão o que representa o 85,1% da estimativa para nossa área de abrangência e 62 usuários com diabetes mellitus o que representa o 89,9% da estimativa para nossa área de abrangência segundo os dados de Vigitel (2011).

Podemos destacar que o 100% dos usuários cadastrados no programa de atenção a hipertensão e diabetes durante a intervenção receberam avaliação clínica, realizaram exames complementares de acordo com o protocolo, tiveram prescrição da farmácia popular, avaliação das necessidades odontológicas, busca ativa dos faltosos, tiveram registro adequado, avaliação do risco cardiovascular pelo exame clínico, orientações quanto a alimentação saudável, prática regular de atividade física e os riscos do tabagismo e higiene bucal.

Dessa forma gostaria de destacar e agradecer pelo apoio da gestão em todas as ações que precisamos, bem como providenciar todo o material necessário para a realização da intervenção. E, que ainda continuamos com a pesquisa ativa e cadastro de hipertensos e diabéticos, bem como pretendemos expandir nossas ações para outros grupos prioritários de atenção, sendo assim, contamos também com seu apoio para a continuidade dessas melhorias na nossa UBS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade da UBS Vila Cristina

Como já me conhecem sou o médico Julio, do Programa Mais Médicos para o Brasil e atuo na UBS Vila Cristina há 2 anos. Eu estou realizando uma especialização em saúde da família pela Universidade Federal de Pelotas desde o passado ano. Sendo assim precisamos desenvolver um projeto de intervenção na nossa unidade de saúde.

Após realizar uma análise da UBS eu e a equipe chegamos à conclusão que a atenção aos hipertensos e diabéticos ainda é muito precária, pois tínhamos antes da intervenção muitos poucos usuários hipertensos e usuários diabéticos cadastrados aproximadamente 35 usuários diabéticos e 150 usuários hipertensos, sendo que a estimativa para nossa área era de 281 usuários hipertensos e 69 usuários diabéticos. Estes baixos indicadores antes da intervenção na UBS foram ocasionados pela forma de atendimento dos usuários com hipertensão e diabetes antes da intervenção já que não realizávamos sistematicamente consultas de controle e seguimento destes usuários além de ter desatualizado o cadastro dos hipertensos e diabéticos no programa de atenção a hipertensão e diabetes.

Diante disso, planejou-se uma intervenção para melhorar a atenção dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS.

Para tanto, desenvolvemos algumas ações como: cadastro de todos os usuários com hipertensão e diabetes da área de cobertura da UBS Vila Cristina no programa de atenção e hipertensão e diabetes e nas fichas de acompanhamento, melhorar o acolhimento dos hipertensos e diabéticos para garantir o controle e seguimento destes usuários e realização de exames clínicos e de laboratório para todos estes usuários.

Durante a intervenção foram cadastradas 239 usuários com hipertensão da área de cobertura e 62 com diabetes.

Todos os usuários diabéticos e hipertensos cadastrados no programa de atenção a hipertensão e diabetes receberam avaliação clínica, realizaram exames complementares de acordo com o protocolo, tiveram prescrição da farmácia popular, avaliação das necessidades odontológicas, busca ativa dos faltosos, tiveram registro adequado, avaliação do risco cardiovascular pelo exame clínico, orientações quanto a alimentação saudável, prática regular de atividade física e os riscos do tabagismo e higiene bucal.

Para alcançar estes resultados à equipe precisou se capacitar fazendo atualização dos principais temas desenvolvidos na intervenção, utilizando os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, dentro dos quais podemos mencionar: capacitação sobre avaliação da estratificação de risco cardiovascular, principais complicações da hipertensão e diabetes, uso correto de protocolo de atenção e hipertensão e diabetes, preenchimento correto das fichas de acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes verificação de pressão arterial e realização de HGT.

Foi muito gratificante para mim e a equipe realizar a intervenção de atenção à hipertensão e diabetes na UBS de vila Cristina

A comunidade ganhou muito com a intervenção, pois garantiram e conseguiram fazer consultas de controle e seguimento de todos os usuários, exame clínico e de laboratório, reorganização dos grupos de hipertensão e diabetes e sobre tudo a aproximação e a integração da comunidade com nas atividades da UBS.

Também gostaria de destacar que estas ações ainda continuam sendo realizadas em nossa unidade e também pretendemos estender este tipo de atendimento para outros grupos prioritários como gestantes, crianças, idosos.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Desde o momento em que fui selecionado para fazer parte do Programa Mais Médicos para o Brasil há dois anos fiquei com muitas dúvidas, pois não conhecia muito da cultura brasileira, idioma e o sistema de saúde brasileiro. Mas, já estando no Brasil devido a falta de compreensão do idioma português fiquei muito ansioso o que gerou certo grau de preocupação de minha parte.

Ao início das aulas da especialização tudo foi novo para mim, foi a primeira vez que fiz aulas nesta modalidade à distância, mas pouco a pouco, fui me familiarizando com o ambiente virtual do curso e meus primeiros orientadores, iniciei trocando informações com os colegas, familiarizando com esta forma de aprendizagem e a medida que foi passando ganhei confiança e comecei a participar mais nos fóruns e aprender os conteúdos do curso.

Ao longo da especialização fui tirando minhas dúvidas com os orientadores, compartilhado experiências com os colegas nos fóruns do ambiente virtual e usando as ferramentas fornecidas pelo curso na elaboração das tarefas a cada semana o que enriqueceu ainda mais meus conhecimentos na especialidade da saúde familiar e na atenção primária de saúde no Brasil.

Também foi muito interessante a realização da especialização para a UBS já que muitas atividades foram realizadas no âmbito da UBS com a ajuda da equipe de trabalho o que nos permitiu fazer algumas mudanças na forma de trabalho da unidade para melhorar a qualidade do atendimento dos usuários atendidos melhorando assim o nível de satisfação tanto da equipe como dos usuários.

6 Referências

1. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Standards of Medical Care in Diabetes**. Diabetes Care, v. 35, n. 1, p. 11- 63, 2012.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

Apêndices

Anexo A - Ficha espelho

Anexos

FICHA ESPELHO
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

Data de ingresso no programa: ___/___/___ Número do Prontuário: _____

Nome completo: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Cartão SUS: _____

Data de nascimento: ___/___/___

Telefone de contato: _____

Necessita de cuidador? { } Sim { } Não Nome do cuidador: _____

Tem HAS? { } Sim { } Não Tem DM? { } Sim { } Não Tem HAS e DM? { } Sim { } Não Há quanto tempo tem HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____

Foi realizada avaliação da necessidade de tratamento odontológico? { } Sim { } Não Data da primeira consulta odontológica: ___/___/___ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

UFPEL

Departamento de
Medicina Social

DATA	MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO	FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS
POSCOLOGIA		
Insulina regular		
Insulina NPH		
Cilmetidínia 5 mg		
Metformina 850 mg		
Metformina 500 mg		
Amiodipina 10 mg		
Atorvast 20 mg		
Propranolol 40		
Losartan 50 mg		
Enalapril 10 mg		
Captopril 25 mg		
Hydroclorotiazida 25 mg		
Insulina regular		
Insulina NPH		
Cilmetidínia 5 mg		
Metformina 850 mg		
Metformina 500 mg		
Amiodipina 10 mg		
Atorvast 20 mg		
Propranolol 40		
Losartan 50 mg		
Enalapril 10 mg		
Captopril 25 mg		
Hydroclorotiazida 25 mg		
POSCOLOGIA		

Anexo C – Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.

Assinatura do declarante