

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção aos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
na UBS Restinga Sêca, do município Santo Ângelo, RS**

Erioldys Guilarte Paumier

Pelotas, 2015

ERIOLDYS GUILARTE PAUMIER

**Melhoria da atenção aos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus
na UBS Restinga Sêca, do município Santo Ângelo, RS**

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

Orientador: Rebeca Gusmão Soares

Pelotas, 2015

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

P333m Paumie, Erioldys Guilarte

Melhoria da Atenção aos Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS Restinga Sêca, do Município Santo Ângelo, Rs. / Erioldys Guilarte Paumie; Rebeca Gusmão Soares, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

62 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Soares, Rebeca Gusmão, orient. II. Título

CDD : 362.1499

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Resumo

PAUMIER, Erioldys Guilarte. **Melhoria da atenção aos portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS Restinga Sêca, do município Santo Ângelo, RS.** 2015. 62f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente estudo apresenta a perspectiva de melhorar a atenção às pessoas portadoras de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da área de abrangência da Unidade de Saúde Restinga Sêca do município de Santo Ângelo, RS num período de 16 semanas. Foi desenvolvida a intervenção com o propósito de atuar de forma estratégica no grupo programático de hipertensos e/ou diabéticos, por meio de ações pautadas nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualidade da prática clínica, contemplando a realidade situacional da UBS com a utilização da ficha espelho e a planilha de coleta de dados. A intervenção para este grupo de atenção aborda aspectos relacionados à cobertura, adesão e qualidade da atenção à ação programática, registro e mapeamento de risco da população-alvo desta ação e promoção de saúde relacionada ao Programa, tornando possível alcançar os seguintes resultados: aumento da cobertura do Programa de Atenção ao Hipertenso e/ou diabético da UBS em 100%, 159 usuários hipertensos e 38 diabéticos; melhorou a qualidade do atendimento realizado na Unidade ao usuário com HAS e/ou DM com as capacitações desenvolvidas com os profissionais que atuam na USF, realização de exame clínico apropriado nas consultas, solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos usuários. Somando-se a isso, houve melhora do registro das informações e o mapeamento de hipertensos e/ou diabéticos com risco para doença cardiovascular, assim como realização de ações de promoção à saúde para este grupo populacional.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico indicativo da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na USF Restinga Sêca.....	38
Figura 2.	Gráfico indicativo da Cobertura do programa de atenção ao diabético na USF Restinga Sêca.....	39
Figura 3	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	41
Figura 4	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	41
Figura 5	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	43
Figura 6	Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.....	44
Figura 7	Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.....	44

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CRAS	Centro de Referência em Assistência Social
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCOLO	Sistema de Informação do câncer de colo de útero
SISMAMA	Sistema de Informação do câncer de mama
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UPA	Unidade de pronto Atendimento
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação.....	7
1 Análise Situacional.....	8
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	8
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	9
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	13
2 Análise Estratégica.....	15
2.1 Justificativa.....	Erro! Indicador não definido.
2.2 Objetivos e metas.....	Erro! Indicador não definido.
2.2.1 Objetivo geral.....	Erro! Indicador não definido.
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	Erro! Indicador não definido.
2.3 Metodologia.....	Erro! Indicador não definido.
2.3.1 Detalhamento das ações.....	Erro! Indicador não definido.
2.3.2 Indicadores.....	Erro! Indicador não definido.
2.3.3 Logística.....	Erro! Indicador não definido.
2.3.4 Cronograma.....	33
3 Relatório da Intervenção.....	Erro! Indicador não definido.
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	35
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	35
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	37
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	37
4 Avaliação da intervenção.....	38
4.1 Resultados.....	38
4.2 Discussão.....	49
5 Relatório da intervenção para gestores.....	49
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	54
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	56
Referências.....	57
Apêndices.....	Erro! Indicador não definido.
Anexos 58	

Apresentação

O presente volume contém o trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O Trabalho consistiu em uma intervenção com o objetivo de qualificar a atenção à saúde de usuários com hipertensão e diabetes da Unidade de Saúde Restinga Sêca, situada no município de Santo Ângelo, RS.

O volume está organizado em sete unidades: Relatório da Análise Situacional, Projeto de Intervenção, Relatório do Projeto de Intervenção e o Relatório dos resultados do projeto de intervenção, Relatório da intervenção para gestores, Relatório da Intervenção para a comunidade. Finalizando o volume, está a parte 7, a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e na implementação da intervenção.

O projeto utiliza aspectos relacionados à cobertura, adesão e qualidade da atenção à ação programática, registro e mapeamento de risco da população-alvo da ação programática e promoção de saúde relacionada à ação programática. Ele foi desenvolvido por meio do exercício de práticas de cuidado participativas, através de ações nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualidade da prática clínica, sob forma de trabalho em equipe, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essa população.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de fevereiro de 2015, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas. Sua finalização ocorreu no mês de junho de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS Restinga Sêca, situada no município de Santo Ângelo, Rio Grande do Sul foi construída no ano de 2000 e conta com uma área para recepção, uma área para guardar os medicamentos, cozinha, consultório médico, consultório de enfermagem, local para guardar os utensílios da limpeza, um local para os procedimentos de enfermagem e dois sanitários.

Na UBS ainda não assegura acessibilidade para os usuários com incapacidades, mas contamos com uma rampa para melhorar o acesso dos usuários com cadeira de rodas e o sanitário dos usuários possui espaço para passar a cadeira de rodas. Além disso, acredito que precisamos de muitos recursos para que a UBS cumpra com todos os requisitos que deve ter uma unidade de saúde, como os corrimãos na rampa e nos corredores.

Para desenvolver o nosso trabalho é muito importante que a estrutura da unidade possua todas as características necessárias para auxiliar os usuários com incapacidades ou idosos a chegar à UBS, sem precisar de acompanhante, uma vez que a maioria da população é idosa e às vezes não consegue chegar sozinha pelas barreiras arquitetônicas. Acontece que a rampa não é baixa e os usuários idosos ou com alguma doença para andar, apresentam dificuldade para subir já que é muito alta.

Outro ponto importante é a falta de identificação dos locais da UBS nos distintos lugares para cada uma das deficiências (cegos, surdos, etc.) que não dão possibilidade para os usuários de se movimentar livremente, o que representa uma das causas do não comparecimento à UBS. Em nossa unidade também não tem cadeira de rodas para qualquer usuário que precise numa situação de emergência, isso é outra situação que não ajuda no trabalho da equipe para o atendimento dos usuários de saúde.

Acredito que muitas outras coisas faltam na UBS Restinga Sêca, mesmo assim, a saúde da população não pode esperar que as condições perfeitas, em conformidade com as exigências do MS se estabeleçam. Com isso, a nossa equipe deve encontrar recursos locais para propiciar a melhoria da saúde da nossa população.

1.2 Relatório de Análise Situacional

A UBS Restinga Sêca é uma Unidade Básica de Saúde que pertence ao município Santo Ângelo no estado do Rio Grande do Sul, o município conta com uma população de 77.000 habitantes, 19 Unidades Básicas de Saúde, das quais 09 são UBS tradicionais e as outras são modalidade Estratégia de Saúde da Família. Também no município pode se encontrar um Hospital público e dois privados, uma Secretaria de Saúde e 12 laboratórios de exames, quase todos com vínculos com o Sistema Único de Saúde, o que ajuda na melhor atenção médica dos usuários do município. Não dispomos de equipe de Núcleo de Apoio à Saúde da Família nem de Centro de Especialidades Odontológicas, mas contamos com um grupo de especialistas que trabalham no Hospital e na Secretaria de Saúde, que prestam assistência pelo SUS.

A UBS Restinga Sêca pertence a uma área rural e é uma UBS tradicional que presta assistência em seis áreas do município com relação geográfica (Restinga Sêca, Cristo Rei, Lajeado Cerne, Lajeado Micuim, Linha Independência e Rincón dos Rorattos). Na UBS dispomos de materiais que precisamos como as fichas, impressos, aparelhos de pressão, estetoscópio, medicamentos e outros. Além disso, a UBS só está vinculada com as escolas das áreas nas quais presta assistência sem ter outro vínculo com outras instituições de ensino. Na nossa UBS contamos com uma equipe de saúde composta por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde.

Na estrutura física, a UBS conta com uma área para recepção, uma área para guardar os medicamentos, uma cozinha, consultório médico, consultório de enfermagem, um local para guardar os utensílios da limpeza, um local para os procedimentos de enfermagem e dois banheiros. Um dos aspectos positivos da UBS é a equipe de saúde que tem à disposição para fazer o trabalho em qualquer condição, tendo em conta primeiro a saúde da população. As deficiências são a falta de internet, a falta de materiais para sutura, a falta de transporte, a falta de telefone na UBS, tudo isso bloqueia o trabalho na UBS e dificulta o processo de melhoria da assistência da população. Tudo isso pode ter solução, mas não através da equipe de saúde, a única instituição que pode dar solução a estes problemas na UBS é a secretaria de saúde junto com a prefeitura do município.

A equipe de saúde tem sete pessoas que trabalham, primando sempre pela saúde da população, é por isso que quando se deve falar das atribuições da equipe de saúde só podemos dizer que todos os membros da equipe cumprem com as atividades que competem com ele na ordem laboral e gerencial, mas ainda temos problemas na UBS que atrapalham o trabalho da equipe de saúde, como a falta dos recursos como foi mencionado anteriormente.

A nossa UBS assiste um total de 1000 pessoas em uma área formada por seis vilas, a população, de acordo com o gênero, compreende mais homens do que mulheres com predominância da idade acima de 60 anos. Avaliando o espaço da UBS e a quantidade de pessoal de saúde na equipe, acredito que a estrutura física e sua localização é adequadas, porque fica situada no centro das vilas. Na UBS, o acolhimento é feito por qualquer um dos profissionais da UBS, mas quase sempre a técnica de enfermagem faz essa função que cuidada recepção do usuário e do preenchimento das fichas. Logo o médico ou o enfermeiro assiste aos usuários.

Em situações nas quais o usuário precise de uma atenção médica espontânea, basta chegar na UBS que ele será atendido. Desta forma, se alguém precisar de uma atenção médica de urgência, os profissionais da UBS e a população compreendem a dinâmica do atendimento prioritário. E quanto à demanda espontânea na UBS, não temos excesso, porque neste momento a população conta com uma equipe que presta atenção todos os dias da semana e a demanda de assistência médica não chega a ter excesso.

No que diz respeito às atribuições da equipe, os profissionais realizam ações de promoção, prevenção, de diagnóstico e tratamento, realizando atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, educação em saúde com os membros dos grupos e nas consultas individuais, realizam procedimentos, cadastro das pessoas do território, acompanhamento permanente e busca ativa por meio de visitas domiciliares, quando necessário.

No que se refere à atenção à saúde das crianças, o trabalho realizado pela equipe de saúde é satisfatório. As crianças são assistidas quando apresentam doenças agudas na UBS por demanda espontânea ou de forma programada na puericultura e nas escolas com palestras sobre promoção à saúde. As melhorias que consideramos serem necessárias ao programa de atenção à criança não estão sob a governabilidade da equipe de saúde, compreendem ações que precisam ser realizadas pela gestão, como a contratação de profissionais para somarem na

atenção: odontólogo, nutricionista, pediatra, entre outros. Por meio da puericultura todos os profissionais podem diagnosticar precocemente alterações no crescimento e desenvolvimento da criança, assim como orientar os pais sobre o cuidado e atenção aos seus filhos. Temos atualmente 212 crianças cadastradas, deste grupo, temos 1 crianças menores de 01 ano, com cobertura de 100%.

Pela quantidade de gestantes que são assistidas na UBS considero que desenvolvemos um trabalho muito bom na atenção ao pré-natal, uma vez que só temos uma gestante cadastrada e acompanhada na unidade, sendo atendida quinzenalmente na unidade, além da visita domiciliar. Por enquanto não temos aspectos negativos na atenção das gestantes. Na área da UBS não existem outras gestantes registradas, nem em áreas adjacentes. Além disso, também não temos gestantes com acompanhamento nas instituições privadas. Atualmente temos 310 mulheres em idade fértil das quais apenas uma mulher é gestante para um 100% de cobertura.

A nossa UBS dispõe de registro das usuárias com indicação para fazer rastreamento e controle do Câncer de colo de útero e de Câncer de mama na faixa etária de 25 a 69 anos e temos o controle das datas nas quais foram feitos os preventivos e as mamografias. Todos os meses a equipe de saúde visita as usuárias que precisam fazer as avaliações no próximo mês para garantir uma maior assistência nas consultas de preventivos e mamografia. Além disso, temos a facilidade na secretaria de saúde de dar prioridade às nossas usuárias que moram no interior em quanto à viabilização dos resultados dos exames para receber os resultados mais rapidamente.

Nas consultas médicas realizadas na UBS com as mulheres de 25 até 69 anos são realizados os exames de mama com o fornecimento de orientações sobre como fazer o autoexame em casa, um dia na semana na hora do banho. Estas orientações também são fornecidas nas visitas domiciliares, ressaltando a necessidade de realizar os exames para a determinação precoce de qualquer uma das duas doenças. Neste momento temos cadastradas um total de 318 mulheres na faixa etária com uma cobertura de 100%.

Na UBS nós temos uma forma de ter maior controle das Doenças Crônicas Não-Transmissíveis (DCNT) como a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus, pois as pessoas cadastradas e acompanhadas na unidade com esses diagnósticos fazem suas consultas regularmente e de três em três meses são

realizados os exames para averiguar se as doenças causaram lesão dos órgãos como os rins, os pés, o coração e os olhos. Além disso, temos o protocolo na unidade de que todo usuário que chega na UBS para fazer consulta com uma idade maior que 18 anos precisa medir a Pressão Arterial (PA) para rastrear o maior número possível de pessoas com problemas nos níveis pressóricos que ainda não tem tratamento. Neste momento temos uma população maior de 20 anos de 670pacientes dos quais pelo trabalho realizado 159 deles são hipertensos com um 100% de cobertura e 38 deles são diabéticos com um 100% de cobertura.

Deste modo, os usuários avaliados pelo médico na consulta que apresentam pressão arterial sustentada maior que 130x85 mmHg e/ou com os sintomas de diabetes mellitus, realizam o exame de glicemia capilar. Assim podemos ter um melhor controle das doenças crônicas, e, nas visitas domiciliares, todos os membros da equipe de saúde participam, dando orientações para não ter complicações das doenças.

Os aspectos a melhorar na atenção aos usuários com HAS e DM na área de saúde são: manter o controle dos usuários com registros consistentes; oferecer tratamentos com maior qualidade para manter os níveis de pressão e de glicemia nos valores normais; dar mais informações para os usuários com essas doenças e para a população da área sobre os sintomas e a importância de frequentar as consultas, assim como adotar dietas hipossódicas e hipocalóricas; estimular a formação de grupos de usuários para a realização de exercícios, a fim de melhorar o estilo de vida.

A avaliação feita sobre a cobertura que damos para as pessoas idosas na nossa área é muito boa porque em seis meses fizemos visitas domiciliares a toda a população, então pretendemos fazer visitas também a todos os usuários idosos na área de saúde e tomamos conhecimento das limitações, das doenças, das casas, das famílias e das condições deles; para ter um melhor conhecimento da situação de saúde da comunidade. Além do trabalho feito, temos que fazer mais ações de prevenção e tratamento com as doenças crônicas como HAS e DM nas demais faixas etárias para evitar que os usuários cheguem na fase da terceira idade com muitas complicações que não propiciam qualidade de vida. Na nossa comunidade contamos com 138 pacientes maiores de 60 anos com uma cobertura na atenção de 100%.

Ademais, é necessário melhorar o sistema de saúde dos usuários idosos no interior com o transporte e os privilégios para a realização dos exames e das consultas com os especialistas. Tais ações são desenvolvidas, mas a população idosa das comunidades do interior ainda tem muitas dificuldades para chegar até a cidade e realizar os exames, devido a problemas com o transporte e quando chegam na cidade, o atendimento é realizado seguindo a ordem de chegada e essa é uma das situações que deve melhorar na atenção à pessoa idosa.

Outro ponto importante que precisa ser feito na UBS é o investimento na informatização, uma vez que a falta de recursos tecnológicos na nossa área de saúde limita o acesso da equipe ao sistema de informação do Ministério da Saúde e os recursos disponibilizados através dessas tecnologias. Adicionalmente, considero que o melhor recurso que existe na UBS é o recurso humano que trabalha para essa população. Logo, é indispensável articular recursos locais que possam gerar qualificação da equipe, integração e conseqüente satisfação com o trabalho.

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

A qualificação dos serviços ofertados na atenção primária à saúde implica em ampliar as estruturas de controle e avaliação e integrar as ações à atuação de toda a equipe de saúde, buscando apoio e soluções para as famílias mais vulneráveis. Para isso, é necessário lançar mão de instrumentos como avaliação e monitoramento, análise situacional e trabalho em equipe.

Após a leitura do texto da semana de ambientação e da finalização do relatório da análise situacional, pude compreender que minha visão sobre a estrutura física, o processo de trabalho e os resultados que a equipe vinha apresentando foi aprimorada com a realização da Unidade 1 – Análise Situacional da Especialização em Saúde da Família.

Com este processo, pude notar que o relatório ficou mais completo, amplo e desenvolvido com mais conhecimento sobre o processo de trabalho, características do desenvolvimento na equipe, estimativas e capacidade do serviço para atender a população da área de abrangência.

Ao longo deste período algumas mudanças aconteceram a partir do preenchimento de todos os questionários e da reflexão a partir dos textos consultados. As principais mudanças são em relação ao conhecimento sobre como deve ser o trabalho e a organização no processo de trabalho na ESF

Deste modo, foi possível reconhecer as limitações da nossa unidade e também as capacidades, a fim de reorganizar o trabalho na ESF, desde o acolhimento dos usuários até o planejamento dos atendimentos.

2 Análise Estratégica

2.1 justificativa

A Hipertensão e Diabetes são doenças de muita importância, que causam elevadas taxas de morbimortalidade se não forem controladas. Por esta razão, o foco de intervenção com esta ação programática na nossa comunidade pela equipe de saúde é muito importante, pois ajuda na captação precoce de usuários doentes que ainda não sabem sobre a doença que possuem e também para que conheçam quais ações são indispensáveis para melhorar a qualidade de vida, pois, normalmente, os pacientes chegam às consultas com muitas complicações da HAS e DM, como perda gradual da visão, anginas, deterioração da função renal, transtornos na circulação periférica. Todas elas causadas pela HAS ou pela DM devido ao tempo que os pacientes tiveram a doença sem saber e sem tratamento.

Nesta perspectiva, como a principal ação da medicina comunitária é a promoção de saúde e prevenção de agravos, temos que fazer uma intervenção para primeiro conhecer todos os pacientes na nossa área que padecem dessas duas doenças para poder oferecer toda a informação e a atenção que eles precisam.

A nossa unidade de saúde está situada no interior do município Santo Ângelo. Desta forma, a unidade presta atendimento a seis comunidades: Restinga Sêca, Cristo Rei, Linha Independência, Lajeado Cerne, Lajeado Micuim, Rincón dos Rorattos, todas estas populações são agrícolas e com muita pessoa idosa. Na unidade contamos com um consultório médico, um consultório de enfermagem, uma pequena farmácia, uma cozinha, dois banheiros e uma sala para a realização de procedimentos de enfermagem. A equipe de saúde conta com o médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, e quatro agentes comunitários de saúde. Como todas as nossas comunidades ficam afastadas do posto de saúde, a maioria dos usuários só chega à consulta quando sofre de algum mal que não permite que eles possam fazer as coisas que normalmente fazem. Daí a equipe deve realizar busca ativa de usuários que possam ser acometidos por essas doenças crônicas antes que tais enfermidades causem neles complicações irreversíveis.

Nossa população conta com mil pacientes que moram nas seis comunidades, até agora não contamos com outras pessoas que moram fora da área que procurem pela unidade de saúde para consulta. Assim, temos uma cobertura de 100% da

população, porém temos que ter um domínio de todos os problemas de saúde dos usuários na área. Neste sentido, a proposta de intervenção da equipe com as doenças HAS e DM é de extrema relevância.

Até o presente momento, a equipe já realizou uma palestra sobre as doenças em todas as comunidades com a presença do médico e do enfermeiro. Nestes momentos temos os quatro ACS visitando os domicílios, para orientar a comunidade sobre o motivo da nossa intervenção em saúde, alertando sobre a importância que o programa apresenta para a saúde de todos os pacientes em geral. Ademais, podemos contar com a ajuda da Secretaria de Saúde para a realização dos exames que precisamos fazer com os pacientes que precisam fechar o diagnóstico da doença.

Por outro lado, nossa dificuldade tem sido com o transporte, porque temos que visitar diversas casas e comunidades para realizar os exames a fim de diagnosticar as doenças. Não obstante, a equipe está empolgada para realizar a intervenção na unidade de saúde de Restinga Sêca. Acreditamos que tal processo de sistematização da assistência vai melhorar a atenção à saúde das pessoas portadoras de HAS e DM, pois com esse processo poderemos identificar, tratar e encaminhar os casos de usuários descompensados, ajudando assim, na qualidade e durabilidade da vida da nossa comunidade.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 OBJETIVO GERAL: Melhorar a atenção à saúde de usuários com hipertensão e diabetes na UBS Restinga Sêca, município de Santo Ângelo/RS.

OBJETIVO 1: Ampliar a Cobertura dos usuários que sofrem das doenças crônicas não transmissíveis: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

META 1.1 Cadastrar 100% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade básica de saúde.

META 1.2 Cadastrar 100% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

2.2.2 OBJETIVO 2: **Melhorar a qualidade da atenção a pacientes hipertensos e/ou diabéticos.**

META 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos.

META 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários diabéticos.

META 2.3 Garantir a 100% dos usuários hipertensos a realização de exame complementar em dia de acordo com o protocolo.

META 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exame complementar em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

META 2.8 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários diabéticos

OBJETIVO 3: **Melhorar a adesão de usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus ao programa.**

META 3.1 Buscar 100% dos usuários 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 na UBS dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.**

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

META 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes mellitus cadastrados na unidade básica de saúde.

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

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

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

OBJETIVO 6: Promover a saúde de usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

META 6.7 Garantir orientação na higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

META 6.8 Garantir orientação na higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.3 METODOLOGIA

2.3.1 Detalhamento das ações

Ações:

Objetivo 1: Cobertura

Meta 1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações:

Monitoramento e avaliação: monitorar o número de hipertensos cadastrados no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus através de fichas de cadastro destes pacientes pelos ACS, nas diversas áreas de abrangência da unidade. Feito por qualquer membro da equipe.

Organização e gestão do serviço: melhorar o acolhimento para usuários portadores de HAS que, com a organização do agendamento da unidade, medição de Tensão Arterial e demais Sinais Vitais para todos os usuários acolhidos na demanda espontânea na nossa unidade. Como responsável a técnica de enfermagem.

Engajamento Público: informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus mediante as reuniões de comunidade, realizações de palestras na unidade, e informações à comunidade através dos ACS. Responsável qualquer membro da equipe.

Qualificação da Prática Clínica: capacitar os ACS para o cadastramento de usuários hipertensos de toda área de abrangência mediante capacitações pela enfermeira e médico da equipe sobre esta doença.

Meta 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa da Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações:

Monitoramento e avaliação: monitorar o número de diabéticos cadastrados no programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus através de fichas de cadastro destes pacientes pelos ACS, nas diversas áreas de abrangência da unidade. Responsável qualquer membro da equipe.

Organização e gestão do serviço: melhorar o acolhimento para usuários portadores de Diabetes Mellitus, com realização de HGT para todos os usuários portadores de HAS e com risco de Diabetes, acolhidos na demanda espontânea na nossa unidade. Como responsável a técnica de enfermagem.

Engajamento Público: informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus mediante as reuniões de comunidade, realizações de palestras na unidade, e informações à comunidade pelas ACS.

Qualificação da Prática Clínica: capacitar os ACS para o cadastramento de usuários diabéticos de toda área de abrangência que será realizado mediante capacitações com o enfermeiro e médico da equipe sobre esta doença.

Objetivo 2: Qualidade

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

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

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

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

Ações:

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

Monitoramento e avaliação: As ações vão ser realizadas através da revisão periódica dos atendimentos e da revisão dos registros de usuários hipertensos da unidade. Responsável o médico.

Organização e Gestão do serviço: as ações vão ser realizadas através das consultas médicas por meio de agendamento seguindo o protocolo, solicitação e agendamento de exames complementares em cada consulta, atualização dos cadastros de medicação, e avaliação e agendamento odontológico pelo cirurgião-dentista da unidade com cada um dos usuários portadores de HAS cadastrados na unidade.

Engajamento Público: É necessária a implementação do grupo de hipertensos na unidade, com orientações dadas pelos ACS aos usuários hipertensos e familiares sobre a importância de passar nas consultas programadas.

Qualificação da Prática Clínica: estas ações vão ser realizadas mediante reuniões orientadoras com os ACS e toda a equipe. Responsável o médico.

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

Monitoramento e avaliação: As ações vão ser realizadas através da revisão periódica dos atendimentos e da revisão dos registros de usuários diabéticos da unidade. Responsável o médico.

Organização e Gestão do serviço: as ações vão ser realizadas através das consultas médicas por meio de agendamento seguindo o protocolo, solicitação e agendamento de exames complementares em cada consulta, atualização dos cadastros de medicação, e avaliação e agendamento odontológico pelo cirurgião-dentista da unidade com cada um dos usuários portadores de DM cadastrados na unidade. Responsável o médico.

Engajamento Público: É necessária a implementação do grupo de diabéticos na unidade, com orientações dadas pelos ACS aos usuários diabéticos e familiares sobre a importância de passar nas consultas programadas.

Qualificação da Prática Clínica: estas ações vão ser realizadas mediante reuniões orientadoras com os ACS e toda a equipe.

Ações

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

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

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

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

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: estas ações vão ser realizadas através da revisão periódica dos atendimentos e a revisão dos registros de usuários hipertensos e diabéticos da unidade. Responsável o médico.

Organização e Gestão do serviço: as ações vão ser desenvolvidas através da realização das consultas médicas e de enfermagem por meio de agendamento

seguindo o protocolo, solicitação e agendamento de exames complementares em cada consulta, atualização dos cadastros de medicação, e avaliação e agendamento odontológico pelo cirurgião-dentista da unidade com cada um dos usuários portadores de HAS e Diabetes Mellitus cadastrados na unidade.

Engajamento Público: vai ser necessária a implementação do grupo de HAS e diabéticos na unidade, orientações pelos ACS aos usuários hipertensos e familiares sobre a importância de comparecer às consultas programadas.

Qualificação da Prática Clínica: vai ser realizada mediante reuniões orientadoras com os ACS e equipe de saúde.

Objetivo 3: Adesão

Meta 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas programadas.

Meta 3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas programadas.

Ações:

Monitoramento e Avaliação: o monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas vai ser realizado mediante a revisão dos atendimentos dos usuários mensalmente, através do sistema digitalizado, ao fechar cada mês. Responsável o médico.

Organização e Gestão do Serviço: as ações vão ser realizadas com o aumento da busca ativa dos usuários faltosos às consultas pelos ACS, priorizando os agendamentos de consultas dos usuários faltosos.

Engajamento Público: as ações vão ser alcançadas mediante a realização de reuniões de comunidade, nas quais deve ser explicada a importância das consultas programadas. Responsável o médico.

Qualificação da Prática Clínica: Realização de reuniões orientadoras e de capacitação para os ACS e equipe de saúde. Responsável o médico.

Objetivo 4: Registro

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

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade.

Ações

Monitoramento e Avaliação: Revisão mensal da ficha de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos cadastrados. Responsável o médico.

Organização e Gestão do Serviço: Registrar todos os pacientes atendidos no SIAB; elaborar uma tabela no Excel onde serão registrados dados como: realização ou não da estratificação do risco, data da última consulta realizada e data dos últimos exames complementares, que vai ser atualizada pela recepcionista no mesmo dia da realização da consulta agendada.

Engajamento Público: Realização de reuniões comunitárias e conversas na sala de espera da unidade, explicando sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde. Responsável o médico.

Qualificação da Prática Clínica: Nas reuniões de equipe realizar capacitações para o preenchimento dos registros do acompanhamento e os procedimentos clínicos.

Objetivo 5: Avaliação de risco

Metas 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade.

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

Ações:

Monitoramento e Avaliação: A ação proposta é monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano que vai ser realizado mediante a revisão dos registros específicos semestralmente. Responsável o médico.

Organização e Gestão do Serviço: Agendar consultas para os pacientes com alto risco, pelas técnicas de enfermagem quando realizarem os acolhimentos.

Engajamento Público: Orientações aos usuários sobre seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento regular em cada acolhimento realizado. Responsável o médico.

Qualificação da Prática Clínica: Nas reuniões da equipe realizar capacitações para realizar estratificação de risco, sobre a importância deste registro. Responsável o médico.

Objetivo 6: Promoção de saúde.

Metas 6.1 e 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Meta 6.3 e 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos

Meta 6.5 e 6.6. Garantir orientação sobre o risco do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Metas 6.8 e 6.9. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Ações:

Monitoramento e avaliação: Estas ações vão ser realizadas mediante consulta nos registros sobre as orientações dadas nas consultas programadas e atividades educativas do usuário sobre orientações fornecidas para atividade física regular, o risco do tabagismo, hábitos alimentares saudáveis e higiene bucal, para assim saber se eles têm conhecimentos dessas orientações. Responsável o médico.

Organização e Gestão do Serviço: implementação do grupo de hipertensos e o aumento dos participantes do grupo de diabéticos, para oferecer as orientações sobre a importância da prática de atividade física, alimentação saudável, riscos do tabagismo e higienização bucal. Promover a participação de profissionais de educação física, de saúde bucal e nutricionistas nesses grupos. Responsável o médico.

Engajamento Público: Orientações nas reuniões de comunidade sobre a importância da prática de atividade física, alimentação saudável, riscos do tabagismo e higienização bucal. Promover a participação de profissionais de educação física, de saúde bucal e nutricionistas nesses grupos. Fornecer orientações aos ACS em cada visita domiciliar para propiciar aos hipertensos e diabéticos instruções sobre a importância de manter hábitos saudáveis.

Qualificação da Prática Clínica: Nas reuniões de equipe e com estudos individuais fazer a capacitação de todos os membros da equipe sobre as ações de promoção da prática de atividade física regular, sobre o tratamento de usuários tabagistas, como realizar ações de educação em saúde e orientações de higiene bucal. Responsável o médico.

2.3.2 Indicadores

Para realizar a intervenção, serão utilizados indicadores para o monitoramento do alcance das metas.

Relativa ao objetivo 1: Cobertura.

1.1: Cobertura do programa de atenção aos hipertensos 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.

1.2: Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 2: Qualidade.

2.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

2.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

2.5: 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.

2.6: 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.

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

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

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

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

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

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

Relativa ao objetivo 3: Adesão.

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

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

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

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

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

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

Relativa ao objetivo 4: Registro.

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

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

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

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

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

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

Relativa ao objetivo 5: Avaliação de risco cardiovascular.

5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Relativa ao objetivo 6: Promoção de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre o risco do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre o risco do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientações sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários diabéticos que receberam orientações sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3. Logística

Para monitorar o número de usuários hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus e à Hipertensão Arterial vai ser necessário que cada um dos ACS faça o cadastramento da área que não tem cobertura de agentes duas vezes por semana, sendo responsável por este cadastramento um dos agentes que vai ser supervisionado pela enfermeira da equipe. Para melhorar o acolhimento de usuários hipertensos e diabéticos vai ser designada a sala de espera, onde a técnica de enfermagem vai fazer o acolhimento destes pacientes todos os dias da semana nos dois turnos de trabalho, com medição de PA.

Assim, vai ser necessário informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção a HAS e DM e isto vai ser realizado mediante informações fornecidas na sala de espera do posto de saúde sobre este tema, a ser realizado pela enfermeira e o médico da equipe num turno por semana de forma rotativa e através das reuniões de comunidade, além das palestras na unidade, também realizadas pela enfermeira duas vezes ao mês com a participação do presidente da Associação de moradores do bairro. A capacitação dos ACS para o cadastramento dos hipertensos e diabéticos será realizada pelo enfermeiro, uma vez por semana que vai ser a encarregada de fazer esta capacitação, além dos estudos individuais realizados por eles, todas as sextas feiras na tarde.

É necessário para o monitoramento e avaliação a revisão mensal pelo médico, enfermeira e a técnica de enfermagem, a revisão dos atendimentos dos usuários hipertensos e diabéticos disponibilizados nos registros dos mesmos, o que vai ser supervisionado pelo médico de forma periódica.

O agendamento das consultas vai acontecer em cada um dos turnos de trabalho, no qual um dia da semana vão ser colocadas as consultas médicas dos hipertensos e diabéticos somente, para um total de 12 consultas por turnos; vão ser atualizados os cadastros de medicação pelo médico em cada consulta realizada e realizados os cadastros dos usuários que ainda faltam pela técnica e enfermeira, por ordem alfabética do sobrenome do paciente.

Em um mês vai se implementar o funcionamento do grupo de hipertensos, que vai funcionar uma vez por mês no horário da manhã, onde as atividades vão ser desenvolvidas pelo médico e enfermeira, os ACS vão ser encarregados de levar as

orientações a estes pacientes através de convites que vão ser realizados pela técnica de enfermagem da unidade.

Neste sentido, para monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas, será necessário revisar os atendimentos dos usuários mensalmente, através do registro digital. Esta atividade vai ser realizada pelo médico, que vai ser o responsável pelo agendamento destes pacientes para o início de cada mês.

Para aumentar a busca ativa dos usuários faltosos nas consultas, cada um dos agentes de saúde vai ser encarregado de buscar na sua área e as áreas sem cobertura de agentes vão ser divididas entre cada um deles. Esta busca ativa vai ser realizada ao fechar cada mês e a técnica de enfermagem junto com o médico realizarão os agendamentos para consultas destes pacientes, num dia fixo de cada semana, nos dois turnos de atendimentos. Estas consultas programadas têm muita importância, por essa razão, será necessário explicar à comunidade sobre a mesma, mediante as reuniões de comunidade com participação do presidente e toda a equipe da saúde, ou mediante encontros quinzenais com o presidente da comunidade, na unidade de saúde no horário da tarde.

A revisão mensal dos registros de cada um dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade será realizada pelos ACS num dia fixo. Esta atividade deverá ser supervisionada pela enfermeira e pelo médico da equipe a cada 15 dias, de forma rotativa. Em cada um dos turnos de trabalho a técnica de enfermagem realizará orientações na sala de espera sobre a manutenção dos registros de saúde.

Para o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação de estratificação de risco por ano, o médico e a enfermeira, junto com a técnica de enfermagem vão realizar semestralmente os registros específicos destes usuários. Esta ação será supervisionada pelo médico da equipe de saúde; os pacientes que estiverem classificados como alto risco vão ter consultas agendadas com maior brevidade, sendo um paciente por cada turno de trabalho e seguindo os protocolos de saúde. Em cada um dos acolhimentos dos hipertensos e diabéticos realizados pela técnica, ela orientará sobre seu nível de risco, de forma detalhada e fácil de entender por eles, e sobre a importância do acompanhamento regular.

Será de muita importância nas reuniões de equipe que sejam realizadas pelo médico capacitações sobre a realização da estratificação de risco, assim como o

registro desta atividade. Assim, ao término da reunião, cada um dos integrantes da equipe vai ter como tarefa o estudo individual deste tema que será discutido na primeira hora da próxima reunião, que acontecerá mensalmente, todas as últimas sextas-feiras do mês.

No que tange ao objetivo de promover saúde, os usuários hipertensos vão ser informados sobre a importância de praticar atividade física regular, sobre os riscos do tabagismo, hábitos alimentares saudáveis e higiene bucal. Em cada um dos acolhimentos, a técnica deverá perguntar sobre os conhecimentos que eles têm acerca destes temas e serão reorientados, nos casos em que tenham dúvidas ou pouco conhecimento sobre as temáticas.

Para aumentar o número de participantes do grupo de diabéticos, os ACS em cada uma das visitas domiciliares, irão fornecer convites para aqueles que desconhecem a existência do grupo. Neste convite vai estar bem detalhada a importância da participação no mesmo. Os mesmos serão elaborados pela técnica de enfermagem com ajuda do médico e da enfermeira. Nesta intervenção foram adotados os protocolos de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes do ministério de saúde para a atenção dos usuários e para o desenvolvimento da intervenção o manual técnico fornecido pela universidade.

3 Relatório de Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O projeto de intervenção teve duração de dezesseis semanas e foi baseado nos aspectos relacionados à cobertura, adesão e qualidade da atenção à ação programática, registro e mapeamento de risco da população-alvo desta ação e promoção de saúde relacionada ao Programa. Assim, para promover a sistematização da intervenção referente aos quatro meses, utilizamos os dados da planilha de coleta de dados final e dos diários semanais da intervenção, com a finalidade de conferir se atingimos nossos objetivos e metas.

A intervenção foi realizada na nossa área no período de fevereiro a junho de 2015, no qual realizamos todas as ações programadas pelo cronograma. Neste projeto de intervenção, utilizamos o Manual Técnico de Hipertensão Arterial Sistêmica 2013 e de Diabetes Mellitus 2013 do MS. Estes manuais foram adotados pela unidade como protocolo para embasar as ações de nossa intervenção.

O processo de avaliação e diagnóstico realizado através da análise situacional da nossa equipe de saúde apontou a necessidade de realizar a organização dos registros do programa, sendo indispensável utilizar a ficha espelho disponibilizada pelo curso. Foi necessário realizar uma reunião em equipe para abordar sobre o projeto de intervenção e os objetivos específicos do mesmo. Felizmente, houve o apoio unânime da equipe para a realização da intervenção na UBS.

Nesta perspectiva, realizamos diversos momentos de estudos e discussão em equipe para contemplarmos assuntos diversos sobre o grupo programático de HAS e DM. Nestas atividades de educação permanente da equipe de Saúde da Família abordamos temas como os principais conceitos das doenças, fatores de risco, classificação de risco, dificuldades e potencialidades de nossa área de abrangência, dentre outros.

Nesse processo, organizamos em conjunto o processo de realização de visitas domiciliares para rastreamento e cadastramento de pessoas com hipertensão e diabetes e o agendamento da unidade. A comunidade ficou muito satisfeita com a avaliação domiciliar. Na ocasião, orientamos sobre a importância do

comparecimento à unidade para que a família participe dos programas e serviços oferecidos de promoção à saúde, prevenção de doenças e agravos e reabilitação.

Assim, analisando os indicadores da intervenção, podemos constatar a ampliação da cobertura do programa, alcançando 100% de hipertensos acompanhados e diabéticos. Para alcançar tais resultados, é necessário ressaltar o papel decisivo dos agentes comunitários de saúde, pois eles garantem o recadastro dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência do município, sejam acompanhados ou não pela UBS.

É preciso destacar que no decorrer da intervenção realizamos diversos atendimentos clínicos no programa HIPERDIA primando por colocar em prática as recomendações do protocolo do Ministério da Saúde, como a solicitação de exames complementares, fornecimento de orientações nutricionais, prática regular de exercícios, riscos do tabagismo, dentre outros.

Fizemos contato com o gestor municipal para ampliar a oferta de atendimentos especializados para esta demanda e de exames complementares. A priorização do atendimento dos usuários de alto risco na unidade e da solicitação de exames para estes usuários, já configura como organização do serviço e melhora na qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e/ou diabético realizado na unidade.

A partir da mobilização da equipe e da comunidade para a realização de atividades de cunho preventivo e educativo, concordamos em desenvolver momentos de participação e engajamento com a comunidade mensalmente em pequenos grupos.

É importante frisar que os momentos de monitoramento e avaliação da ação programática foram muito importantes para reunir a equipe e discutir os efeitos da intervenção, propiciando uma reflexão sobre o que ainda poderia ser melhorado.

Desenvolvemos momentos de participação e engajamento com a comunidade com mais frequência, lançando mão dos equipamentos sociais disponíveis na comunidade para apoiar nossas atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Com a aproximação da conclusão do cronograma de atividades do período de intervenção previsto no curso, começamos a discutir em equipe os efeitos destas ações, a eficácia da metodologia aplicada durante essas semanas de intervenção e a organização do serviço para mantermos o desenvolvimento destas atividades.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Nenhuma das ações previstas deixou de ser desenvolvida.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No que diz respeito à coleta e sistematização dos dados, constatamos a necessidade de organizarmos os registros da ação programática, uma vez que não tínhamos controle das ações que eram feitas junto às pessoas com HAS e DM na unidade. Para coletar todos os dados de cada um dos hipertensos e diabéticos, buscamos inicialmente os prontuários, atualizando os dados já existentes desde a consulta anterior e informações provenientes das visitas domiciliares. Não houve dificuldade na coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção, no fechamento das planilhas de coletas de dados e cálculo dos indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Todas as ações da intervenção podem ser incorporadas no serviço porque todos os integrantes da equipe de saúde trabalham para manter os resultados da intervenção pelo mantimento das ações feitas na intervenção. Nesta perspectiva, ao discutirmos sobre a intervenção, concordamos em incorporar as ações propostas na intervenção, com destaque para ações de capacitação da equipe sobre HAS e DM (e sobre os demais grupos programáticos) com maior frequência, a fim de melhorar a prática clínica, ações de engajamento público com reuniões periódicas, dando especial atenção ao registro das informações.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Para fazer uma melhor análise dos resultados da intervenção precisamos considerar a quantidade de usuários hipertensos e diabéticos registrados no Caderno de ações Programáticas, embora não corresponda fielmente à realidade da área da UBS Restinga Sêca. Desta forma, segundo o CAP, a quantidade de pessoas maiores de 20 anos que habitam na comunidade é de 712 para um percentual de 71,2% da população geral da área registrada de 1000 pessoas.

OBJETIVO 1 Ampliar a Cobertura dos usuários que sofrem das doenças crônicas não transmissíveis: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

META 1.1 Cadastrar 100% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade básica de saúde.

INDICADOR 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

META 1.2 Cadastrar 100% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

INDICADOR 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

No início da intervenção tínhamos um total registrado na UBS de 152 usuários hipertensos que representava um 15,2% da população total e 100% da população alvo e durante as dezesseis semanas da intervenção, esse número aumentou para 159 usuários com HAS que representa um percentual de 15,9% da população geral e 22,3% da população alvo. Assim, conforme a figura 1 obteve-se no primeiro mês da intervenção o percentual de 44,1%, com 71 usuários acompanhados, no segundo mês 69,7% (106 usuários), no terceiro e quarto meses 100% (159 usuários). Podemos ver com esses resultados que a meta foi atingida.

Considerando esses resultados, uma das ações que contribuiu para alcançarmos a cobertura de 100% no programa foi intensificar a informação para a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

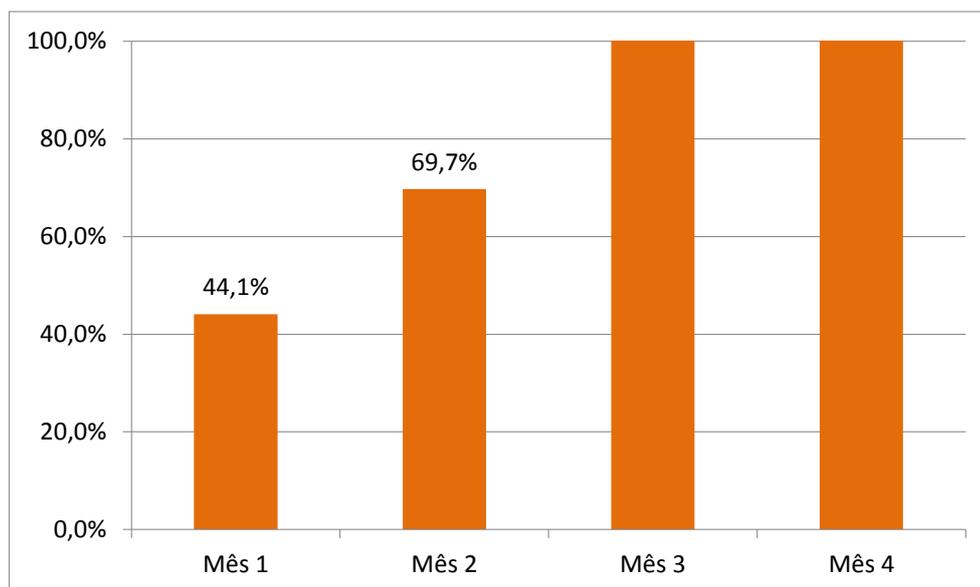


Figura 1- Gráfico indicativo do programa de atenção ao hipertenso na USF Restinga Sêca.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados da UFPel, 2015.

Tendo como indicador a cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde (Figura 2), consideramos o número total registrado na UBS de 38 usuários diabéticos que representa um percentual de 3,8 % da população total e 5,3% da população alvo. No primeiro mês desenvolveu-se um percentual de 52,6% com 20 usuários acompanhados na unidade, no segundo mês, 65,8% (25 usuários), no terceiro mês foi alcançado o percentual de 97,4% (37 usuários) e no quarto mês alcançamos 100% (38 usuários) de pessoas cadastradas e acompanhadas. Este resultado mostra o alcance da meta traçada para o programa.

Uma das ações que contribuiu para atingirmos esses resultados foi garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

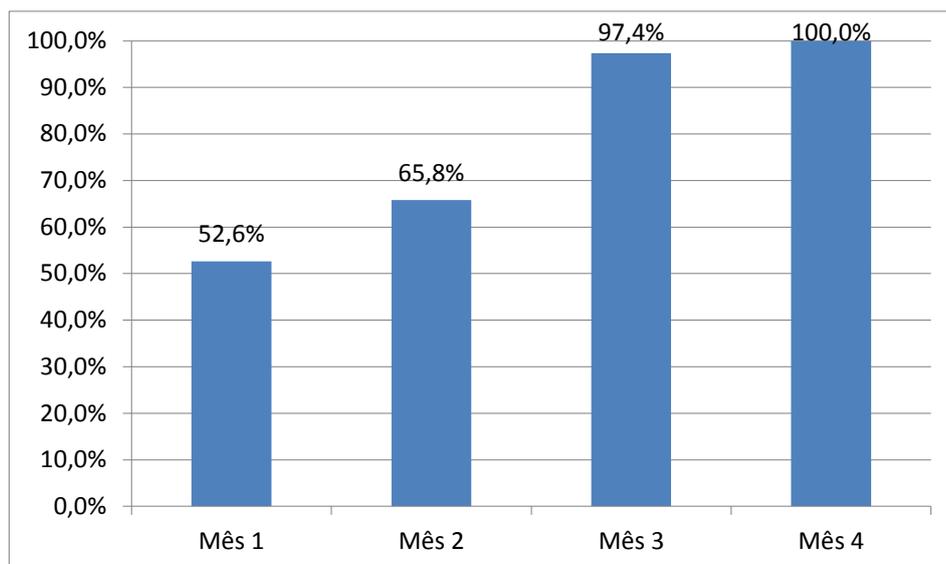


Figura 2- Gráfico indicativo do programa de atenção ao diabético na USF Restinga Sêca.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados da UFPel, 2015.

OBJETIVO 2 Melhorar a qualidade da atenção a usuários hipertensos e/ou diabéticos.

META 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários hipertensos.

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

META 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários diabéticos.

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

No que tange a melhoria da qualidade da atenção na UBS, foi possível realizar exame clínico apropriado em hipertensos e diabéticos durante os três meses de intervenção em conformidade com o protocolo, em todos os meses da intervenção alcançamos o percentual de 100% de usuários com HAS e DM acompanhados na unidade com exame clínico em dia.

A ação que contribuiu para alcançarmos esta meta foi o fato de dispormos de versão atualizada do protocolo de HAS e DM do MS impressa na unidade de saúde, pois abarcou uma melhor visão do trabalho no Brasil com estes usuários.

META 2.3 Garantir a 100% dos usuários hipertensos a realização de exame complementar em dia de acordo com o protocolo.

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

META 2.4 Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exame complementar em dia de acordo com o protocolo.

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

Com a perspectiva de propiciar aos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares de acordo com o protocolo, a equipe trabalhou de forma integrada para que todos os usuários atendidos estivessem com exames complementares em dia (seja analisando aqueles que já possuíam exame recente, seja solicitando-os para os que estavam em atraso).

Assim, podemos conferir (figura 3) que no primeiro mês obteve-se o valor percentual de 98,5% com 66 hipertensos com os exames em dia, no segundo mês 99,1% (105 usuários), no terceiro mês alcançou o percentual de 99,4% (156 usuários) e no quarto mês atingiu o percentual de 100% com 159 hipertensos.

Semelhantemente, analisando a proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo (figura 6), pode-se observar os percentuais nos meses 1, 2 e 3 respectivamente: 95% com 19 usuários com DM, 96% (24 usuários), 97,3% (36 usuários) e no quarto mês atingiu o percentual de 100% (37 usuários). Assim, ao final da intervenção, todos os usuários diabéticos estavam com os exames complementares em dia.

A articulação com o gestor municipal para a realização dos exames complementares definidos no protocolo foi crucial para alcançar essa meta. Antes da intervenção demorava muito para os usuários do serviço conseguir realizar os exames e a parceria com a Secretaria de Saúde do município favoreceu o processo.

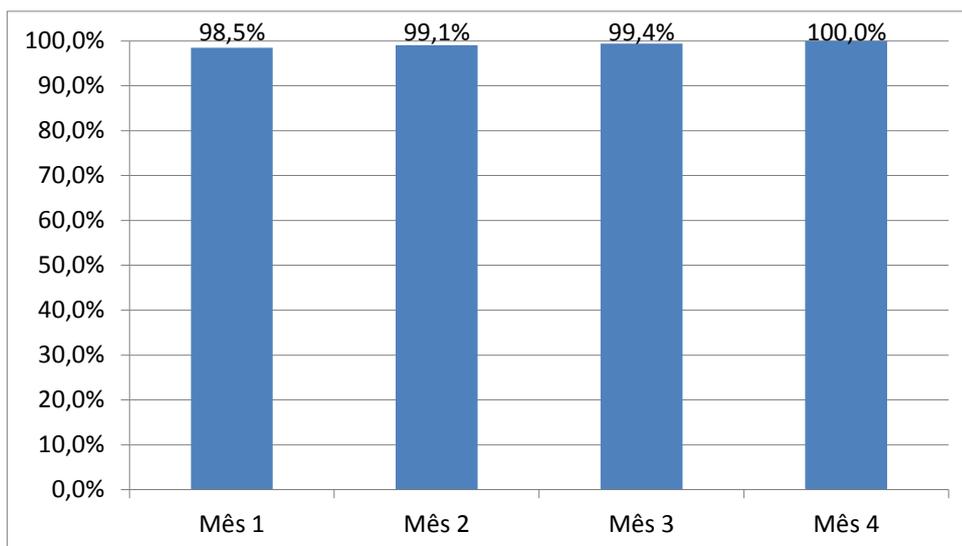


Figura 3- Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados da UFPel, 2015.

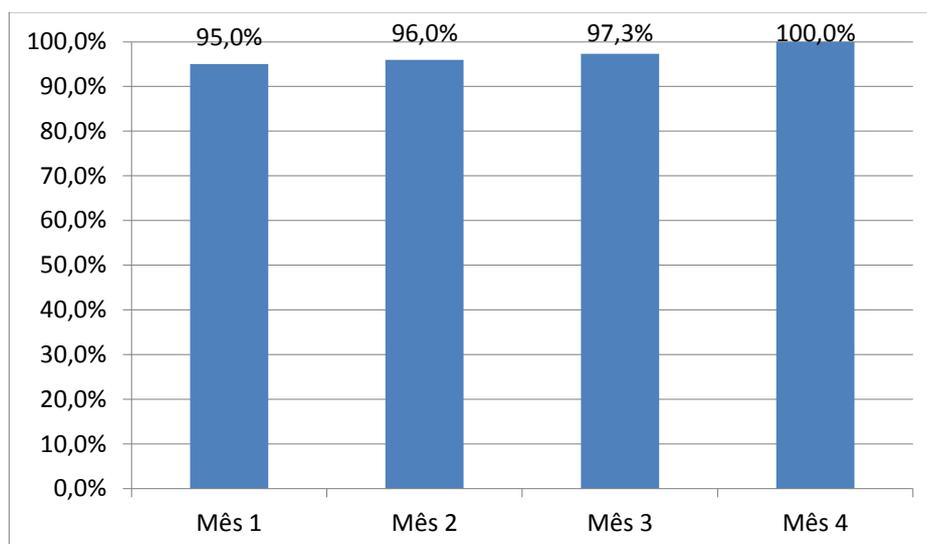


Figura 4- Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados da UFPel, 2015.

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

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

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

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

No que diz respeito à utilização de medicamentos da farmácia popular, 100% dos hipertensos foram incluídos nos quatro meses, devido ao bom abastecimento das farmácias do território. Assim, a meta foi atingida em 100%, uma vez que os usuários acompanhados na unidade que estão em uso de medicamentos, utilizam prioritariamente, os da farmácia popular ou Hiperdia.

Semelhantemente, foi alcançado o percentual de 100% dos usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia priorizada. A ação que mais contribuiu para esse processo foi orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

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

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

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

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

Na intervenção, todos os hipertensos e diabéticos tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico ao menos na primeira consulta. Este assunto foi amplamente discutido nas reuniões em equipe e assim, esta atribuição foi estabelecida para todos os profissionais. Deste modo, o indicador aponta 100% durante toda a intervenção (Figura 5).

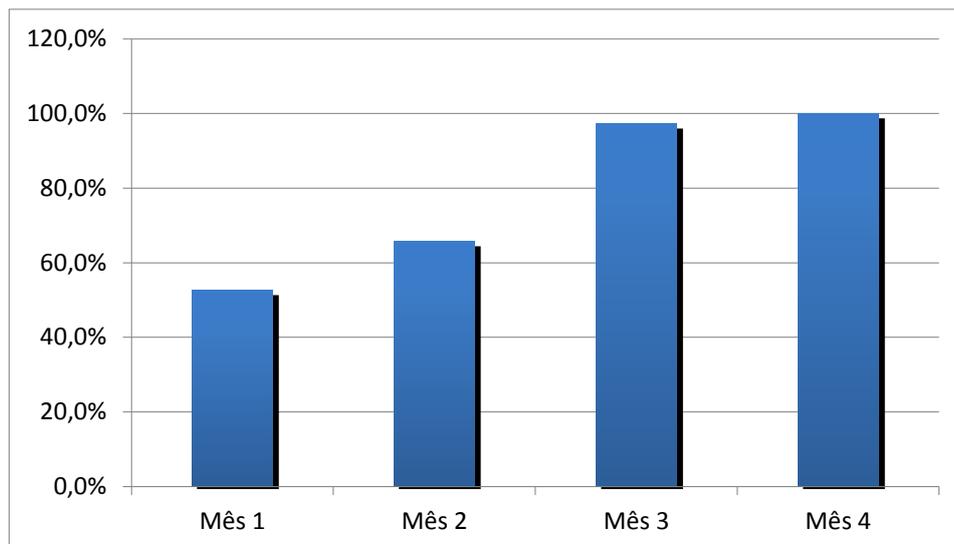


Figura 5 - Gráfico indicativo da Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados da UFPel, 2015.

OBJETIVO 3 Melhorar a adesão de usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus ao programa

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

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

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

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

Durante a intervenção tivemos poucos usuários do serviço faltosos nas consultas e no quarto mês não registramos nenhum usuário que tenha deixado de comparecer ao serviço. Durante as avaliações clínicas com o grupo populacional do programa Hiperdia, foram dadas orientações aos portadores de hipertensão e diabetes cadastrados sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Deste modo, os poucos usuários do programa que faltaram às consultas

receberam visitas domiciliares da equipe que incentivaram acerca do comparecimento regular à UBS.

Assim sendo, o indicador aponta 100% durante toda intervenção (Figuras 6 e 7). Vale ressaltar que os faltosos foram identificados pela equipe e a busca ativa foi feita pelos ACS.

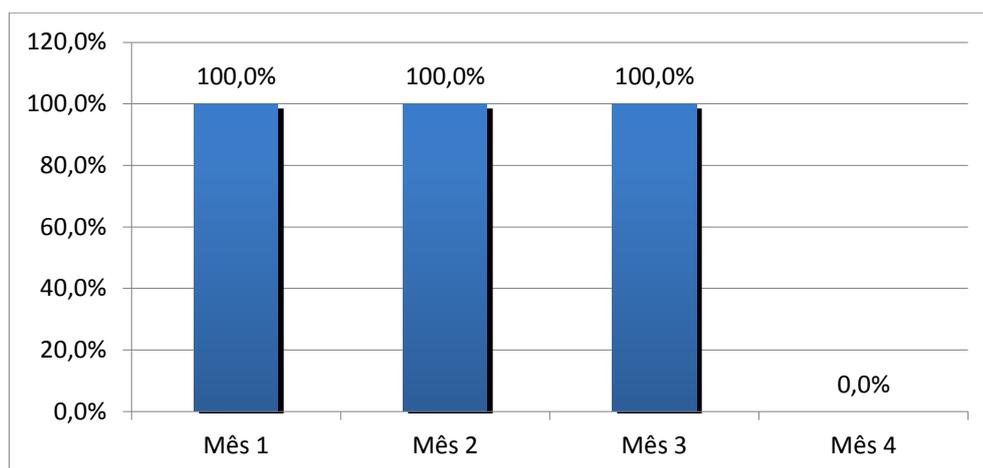


Figura 6 - Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados da UFPel, 2015.

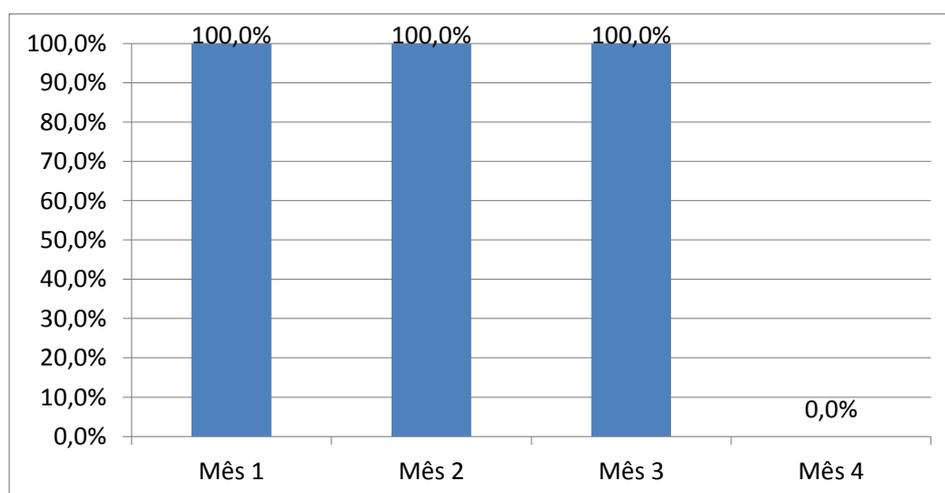


Figura 7 - Gráfico indicativo da Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

Fonte: Planilha Final da Coleta de Dados da UFPel, 2015.

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações na UBS dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus.

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

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

META 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes mellitus cadastrados na unidade básica de saúde.

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

Quanto ao registro adequado, 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na Unidade têm uma ficha de acompanhamento com informações pertinentes, cujo monitoramento é realizado pela equipe, em especial, pela coordenação da unidade. Estes indicadores se mantiveram em 100% durante toda a intervenção. Graças ao treinamento da equipe, sendo qualquer um capaz de preencher os dispositivos adicionados à rotina da UBS.

OBJETIVO 5 Mapear usuários hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

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

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

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

O objetivo de realizar avaliação de risco cardiovascular foi cumprido regularmente com todos os usuários na intervenção. Durante as dezesseis semanas do período de intervenção, 100% dos hipertensos e diabéticos sofreram estratificação do risco cardiovascular. Atingir esse índice foi possível graças ao monitoramento da sua realização, realizado pela equipe, através da visualização das fichas-espelho e dos prontuários (avaliando as consultas anteriores à intervenção, e a anotação dos exames laboratoriais).

A análise do risco cardiovascular ocorre juntamente com a orientação aos usuários sobre a importância de manter hábitos de vida saudáveis e do acompanhamento regular às consultas. Assim, os usuários do serviço e a comunidade são orientados sobre a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

OBJETIVO 6 Promover a saúde de usuários hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

No que tange ao objetivo de promover saúde garantindo orientação nutricional, todos os hipertensos e diabéticos receberam as orientações pertinentes durante a intervenção na unidade e nas visitas domiciliares por toda a equipe. A orientação era realizada através da consulta médica, do acolhimento espontâneo nas salas de espera (feito por qualquer profissional da UBS) e nas reuniões de grupo. Para o êxito do acolhimento qualificado, foi indispensável realizar a capacitação da equipe sobre práticas de alimentação saudável, tanto para hipertensos quanto diabéticos.

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

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

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

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

As atividades de educação permanente e de promoção à saúde foram adotadas por nossa equipe, desenvolvemos palestras e orientações em salas de espera, reuniões e consultas com boa periodicidade. Deste modo, conseguimos garantir a orientação sobre os hábitos saudáveis de vida, como a prática de atividade física a todos os usuários acompanhados em consultas de atenção à saúde do hipertenso e/ou diabético.

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

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

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

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

A orientação sobre os riscos do tabagismo também foi feita a 100% dos hipertensos e diabéticos, principalmente durante as consultas médicas. Contudo, durante as dezesseis semanas não foi possível adquirir os medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo.

Não obstante, todos os profissionais inseridos na equipe desenvolveram as orientações nas salas de espera e nas consultas reiteramos as informações sobre hábitos saudáveis de vida.

META 6.7 Garantir orientação na higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

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

META 6.8 Garantir orientação na higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

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

Os resultados evidenciam que os usuários hipertensos e diabéticos também receberam orientação sobre higiene bucal no período da intervenção, alcançando 100% dos cadastrados nos quatro meses de intervenção.

. Assim, podemos constatar a importância da intervenção para a nossa equipe, uma vez que promoveu a integração da equipe, estimulando a realização de atividades de educação permanente e consequente qualificação da prática clínica e engajamento público.

4.2 Discussão

A intervenção na Unidade Básica de Saúde propiciou manter a cobertura na atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos assim como melhorou a atenção dos diabéticos e hipertensos, além da melhoria dos registros da unidade, realização da classificação de risco dos usuários, com avaliação do pé diabético, qualificação das consultas com ações de promoção à saúde. Adicionalmente, foram formados grupos de usuários hipertensos e diabéticos, o que viabilizou a realização de atividades de educação permanente com informações importantes para a comunidade sobre estas doenças, os fatores de risco associados, tratamento e cuidados com a saúde.

Com a intervenção na unidade de saúde da família foi possível aprimorar a qualidade do atendimento prestado aos hipertensos e diabéticos, reorganizar os

agendamentos de consulta médica e odontológica, ampliando o acesso ao serviço. Além disso, avançamos no engajamento da comunidade, proporcionando sensibilização acerca da importância de adotar um tratamento e acompanhamento adequados, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde.

Para a nossa equipe foi muito útil a intervenção, permitindo uma maior integração entre os profissionais e favorecendo a qualificação da mesma a partir da realização de capacitações fundamentadas nos protocolos do MS. Ademais, permitiu momentos de discussão sobre as atribuições dos profissionais da equipe em relação ao atendimento oferecido aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

Essa melhoria da atenção foi possível através da realização de exame clínico apropriado nas consultas, solicitação de exames complementares conforme indicações do protocolo, identificação de usuários hipertensos e/ou diabéticos com risco cardiovascular através da estratificação de risco, dentre outros.

Essa qualificação foi resultado também da priorização de medicamentos da farmácia popular para todos os portadores de HAS e DM atendidos no período da intervenção, alcançando 100% para ambos os grupos, assim como a avaliação da necessidade de atendimento odontológico para todos os usuários. Soma-se a estes resultados relevantes, a atualização dos exames complementares de acordo com o protocolo.

Para o serviço, dentre as melhorias que trouxeram grande significância na equipe, podemos destacar a descentralização do papel do médico na atenção e a interação entre os funcionários no atendimento aos hipertensos e diabéticos. Anteriormente à intervenção o médico tinha que fazer todas as atividades com os usuários diabéticos e hipertensos e por meio das capacitações realizada sem equipe existe uma divisão de trabalho que garantem uma melhora substancial da assistência na UBS para todos os usuários.

A importância da intervenção para a comunidade se torna evidente com a satisfação dos familiares dos hipertensos e diabéticos com todo o processo de qualificação do serviço. Essas ações possibilitaram que o usuário se tornasse mais ciente da sua condição clínica, permitindo exercer a corresponsabilidade no processo saúde-doença. Assim, foi essencial a incorporação de atividades educativas, que na intervenção priorizaram a explanação de hábitos de vida saudáveis, como a importância de ter a alimentação balanceada, realização regular de atividades físicas e interrupção do tabagismo.

Se a intervenção tivesse início nesse momento, seria interessante para toda a equipe não interromper a execução do projeto com as férias. Ademais, seriam intensificadas as ações que pudessem propiciar maior integração com a equipe e engajamento de nossa proposta como UBS com a comunidade.

Deste modo, a equipe pretende manter ações como o desenvolvimento de reuniões regulares que servem tanto para gerar informação, como para discutir temas acerca de processo de trabalho, temas de capacitação e para estar mais integrados como equipe. Outro elemento que pretendemos dar continuidade na unidade é a promoção à saúde através de ações de educação permanente realizadas por todos os integrantes da equipe. Com a incorporação da intervenção na rotina do serviço temos mais condições de executar o trabalho com mais qualidade.

O principal passo para melhorar a atenção da saúde no serviço é manter todos os aspectos positivos que foram desenvolvidos com a intervenção, como os grupos de hipertensos e diabéticos, a adequação do registro dos usuários e da UBS, não apenas para os usuários da intervenção, mas para o resto da comunidade, tentar incorporar outros especialistas ao programa, como nutricionista, cardiologista, entre outros.

Nesta perspectiva, esperamos que essa relevante contribuição para melhorar a qualidade na atenção ao hipertenso e diabético possa influenciar o trabalho da equipe em outros programas ofertados na UBS.

5 Relatório da intervenção para gestores

Exmo. Prefeito municipal,
Ilmo. Secretário municipal de saúde,

A intervenção junto ao grupo programático de hipertensos e/ou diabéticos na Unidade de Saúde Restinga Sêca constituiu uma proposta da Universidade Federal de Pelotas a ser desenvolvida por um período de dezesseis semanas, entre os meses de fevereiro e junho do ano de 2015, com o objetivo de qualificar a atenção aos usuários com HAS e DM residentes na área de abrangência desta unidade. O trabalho desenvolvido foi pautado em quatro focos: Organização do processo de trabalho, Qualificação da Prática Clínica, Engajamento Público e Monitoramento e Avaliação das ações.

Nesta perspectiva, realizamos todas as ações programadas pelo cronograma, como a capacitação dos profissionais de saúde da UBS acerca dos protocolos de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, a fim de qualificar a assistência ao público alvo e definir o papel de cada um dos profissionais de saúde da UBS. Essa abordagem foi de extrema importância para garantir a continuidade das ações da intervenção no período das férias do médico.

Nesse propósito, os ACS desenvolveram os cadastros de todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência. Esta função foi cumprida na comunidade de Rincão dos Rorattos, mais especificamente, com o apoio do médico e da técnica de enfermagem por não haver ACS acompanhando tal área.

Para engajar a comunidade na intervenção, a equipe de saúde entrou em contato com os líderes comunitários para informar sobre a proposta do trabalho e pedir o apoio da comunidade para rastrear todos os usuários da área de saúde que apresentam as duas doenças. Assim, foram realizadas atividades de promoção e prevenção na unidade com este público alvo. Também foram realizadas estas atividades nas comunidades onde todos os usuários incorporados ao programa receberam orientações sobre alimentação saudável, higiene bucal, danos do hábito de fumar e importância da prática sistemática de exercício físico.

O primeiro objetivo da nossa intervenção foi ampliar a cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade de saúde. A cobertura de

hipertensos e diabéticos na área sempre foi de 100%, com a intervenção aumentamos esse número, pois cadastramos mais usuários ao serviço.

O segundo objetivo da nossa intervenção foi propiciar a qualidade necessária ao serviço e com o desenvolvimento da intervenção, foi possível atingir a meta. A intervenção na Unidade Básica de Saúde propiciou a qualificação das consultas, melhoria dos registros da unidade, realização da classificação de risco dos usuários e ações de promoção à saúde.

Com a intervenção na unidade de saúde da família foi possível aprimorar a qualidade do atendimento prestado aos hipertensos e diabéticos, reorganizar o acesso ao serviço e engajar a comunidade. Também buscamos promover o acesso aos medicamentos prescritos, na farmácia popular. Foi enfatizada a necessidade da avaliação e tratamento odontológico adequado no período da intervenção.

Neste sentido, pode-se avaliar que, para a intervenção acontecer efetivamente, foi fundamental contar com o apoio da gestão na disponibilização de recursos necessários ao funcionamento do serviço, como transporte, alguns insumos e impressos. Salienta-se também a importância da gestão na organização de capacitações e espaços de educação permanente com discussões pertinentes para o processo de trabalho das equipes, além de assessorar as unidades na implantação efetiva de uma atenção à saúde sistematizada, envolvendo gestores, trabalhadores e comunidade.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados (as) Senhores (as),

Foi realizada no período de fevereiro a junho de 2015, uma intervenção na área da UBS, mediada pela Universidade Federal de Pelotas com o objetivo de proporcionar a melhoria da atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na UBS Restinga Sêca, do município de Santo Ângelo. Desta forma, objetivamos com este trabalho, oferecer uma atenção de qualidade a todos os usuários da área de saúde.

Para a realização da intervenção foram traçados objetivos, metas e ações seguindo o cronograma elaborado. Teve como objetivos específicos: ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos, melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, melhorar o registro das informações, mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde de hipertensos e diabéticos, para prevenção do risco de complicações e melhorar sua qualidade de vida.

Assim, a primeira ação desenvolvida na intervenção foi a avaliação do funcionamento da UBS, considerando todos os serviços, para reunir com a equipe e tentar aprofundar o conhecimento dos profissionais de saúde sobre as doenças e sobre as suas atribuições na unidade. Assim, trabalhamos para melhorar a qualidade e quantidade de recursos que propiciassem uma melhor atenção para os usuários diabéticos e hipertensos.

Na comunidade, desenvolvemos a busca ativa dos usuários diabéticos e hipertensos registrados no programa, procurando oferecer-lhes uma atenção em consonância com os protocolos do MS de atenção à Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial. Assim, consideramos a indicação dos exames complementares conforme protocolo do MS, avaliação do risco cardiovascular, avaliação da necessidade de tratamento bucal e, no caso dos diabéticos, avaliação das possíveis complicações do pé diabético. Logo, foi realizada a formação dos grupos de usuários diabéticos e hipertensos para fornecer informações acerca das doenças e sobre como ajudar a melhorar a vida do usuário.

Adicionalmente, a organização do serviço com a realização de capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde propiciou a

melhoria na definição da atribuição de cada membro da equipe e na qualificação da prática clínica. Foram organizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável, prática de atividades físicas e prevenção do tabagismo.

Além disto, houve a aproximação da equipe de saúde com os líderes das comunidades na intervenção, procurando ajuda na informação dos casos que ainda não tenham sido registrados e os casos que precisavam de mais atenção dos profissionais da saúde.

Assim, foi possível propiciar a melhoria do serviço na ação programática com a intervenção, pois houve o aumento do número de usuários hipertensos registrados e a melhoria considerável da assistência à saúde fornecida pela UBS.

A comunidade pode ajudar na melhoria da saúde nas vilas, com uma divulgação do programa e a incitação dos usuários a mudar os estilos de vida. Além disso a assistência nas atividades da equipe assim como cumprir as indicações medicas em cada caso.

7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem:

A realização da intervenção foi muito gratificante e fluiu com tranquilidade, sendo mais fácil do que esperava quando começou o curso. Julgava que ia ser difícil implementar um trabalho junto a uma equipe que fala outra língua, assim como uma população que não conhece muitos dos nossos costumes. De modo geral achei que a comunicação seria um entrave para alcançar êxito nos resultados da intervenção. Contudo, a aproximação com a equipe me permitiu vislumbrar a intenção dos profissionais da equipe de melhorar a situação da saúde nas comunidades.

Assim, a população apoiou a proposta da intervenção, já que muitos usuários achavam que nunca teriam um sistema de saúde efetivamente envolvido com a situação dos doentes. Com a realização da intervenção houve uma melhora significativa do trabalho na unidade, da qualidade dos registros e, em geral, do atendimento às pessoas com diabetes e hipertensão. Agora fica o desafio de continuar com as ações iniciadas e com as mudanças para melhorar os atendimentos a todos os usuários da unidade.

Com este trabalho constatamos que a prevenção é a melhor forma de manter a população com boa saúde, buscando sempre mudar os estilos e formas de vida, como a alimentação e prática de exercícios. Assim, buscamos trabalhar propiciando a prevenção de agravos e morbidades que chega com a equipe de saúde qualificada e com a disposição de fornecer essas informações para a população. Afinal, o principal problema encontrado nesta intervenção foi a falta de informação nos usuários e nos profissionais de saúde.

Durante a realização deste trabalho aprendi muitas coisas que eu não conhecia, principalmente com a promoção à saúde através da educação permanente. Foi possível compreender que é preciso estar preparado para dar boas informações não somente aos usuários portadores das doenças crônicas, mas também para aqueles que não estão doentes, exercendo o princípio da integralidade.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

BRASIL. Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
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.

Patricia Abrantes Duval
Patricia 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 à 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