

**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 usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Dido, Santo Ângelo /RS

Midiala Vega Fiol

Pelotas, 2015

Midiala Vega Fiol

**Melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na UBS Dido, Santo Ângelo /RS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família/Modalidade à distância 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: Douglas Schneider

Pelotas, 2015

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

F517m Fiol, Midiala Vega

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Dido, Santo Ângelo/RS / Midiala Vega Fiol; Douglas Augusto Schneider Filho, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

85 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. Schneider Filho, Douglas Augusto, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

Agradeço à Secretária de Saúde do Município de Santo Ângelo, assim como aos líderes da comunidade e aos trabalhadores da Unidade Básica de Saúde, sem os quais teria sido impossível executar o projeto de intervenção. Agradeço, em especial, a meu orientador, Douglas Schneider, pelo apoio incondicional a mim oferecido neste período em que aprendi e compartilhei conhecimentos de grande importância para minha atuação como profissional de saúde.

Resumo

Fiol Vega Midiala. **Melhoria da atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Dido, Santo Ângelo/RS.** 2015. 85p. 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.

Um dos maiores problemas de saúde na população em geral são as doenças crônicas não transmissíveis, que são adquiridas durante a vida, especialmente a Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus. O trabalho trata de uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde Dido, localizada em Santo Ângelo /RS. A intervenção foi realizada durante 12 semanas, no período de fevereiro a junho de 2015, com a participação de toda a equipe de profissionais da unidade e da comunidade. As ações foram realizadas em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Entre os 3567 moradores cadastrados na Unidade, os números estimados de hipertensos e diabéticos, segundo o VIGITEL (2011), são, respectivamente, 543 e 134. Desses, foram acompanhados durante a intervenção 446 hipertensos (82,13%) e 134 diabéticos (100,0%). Foi feita avaliação clínica de todos os usuários, foram realizados exames laboratoriais de acordo ao protocolo para 401 dos 446 hipertensos (89,9%) e 118 dos 135 diabéticos (87,4 %), foram prescritos medicamentos disponíveis na Unidade e/ou na Farmácia Popular/Farmácia da UBS para 390 de 446 hipertensos (87,4%) e 112 de 135 diabéticos (83,0 %). Houve melhorias também nos registros nas fichas de acompanhamento e na qualidade das consultas, entre outros indicadores avaliados. A intervenção foi muito importante para a equipe, que passou a trabalhar de forma mais integrada, e para a comunidade, que, além de receber cuidados qualificados, teve acesso a informações sobre as doenças, seus fatores de risco, tratamentos e complicações, assim como a ações de promoção da saúde.

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

Lista de Figuras

| | | |
|-----------|---|----|
| Figura 1 | Imagem da Igreja Histórica da cidade. Santo Ângelo/RS. | 13 |
| Figura 2 | Reunião da Equipe na Unidade Básica de Saúde. UBS Dido. Santo Ângelo/RS. 2015 | 43 |
| Figura 3 | Visita domiciliar a usuário hipertenso na UBS Dido Santo Ângelo/RS 2015 | 44 |
| Figura 4 | Medica da família realizando consulta a usuário com HTA e Diabetes na UBS Dido Santo Ângelo/RS 2015 | 46 |
| Figura 5 | Técnica de enfermagem, realizando teste de glicose a usuário, na UBS Dido Santo Ângelo/RS 2015. | 46 |
| Figura 6 | Medica da família realizando roda de conversa com portadores de HAS e DM na UBS Dido Santo Ângelo/RS | 47 |
| Figura 7 | Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde. | 48 |
| Figura 8 | Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde. | 49 |
| Figura 9 | Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. | 50 |
| Figura 10 | Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. | 51 |
| Figura 11 | Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo ao protocolo. | 52 |
| Figura 12 | Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo ao protocolo. | 53 |
| Figura 13 | Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS priorizada. | 54 |
| Figura 14 | Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS priorizada. | 55 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| Figura 15 | Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. | 66 |
| Figura 16 | Proporções de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. | 57 |
| Figura 17 | Proporções de hipertenso faltoso ás consultam com busca ativa. | 58 |
| Figura 18 | Proporções de diabético faltoso ás consultam com busca ativa. | 59 |
| Figura 19 | Proporções de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. | 60 |
| Figura 20 | Proporções de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. | 61 |
| Figura 21 | Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. | 62 |
| Figura 22 | Proporções de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. | 63 |
| Figura 23 | Proporções de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. | 64 |
| Figura 24 | Proporções de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. | 65 |
| Figura 25 | Proporções de hipertensos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. | 66 |
| Figura 26 | Proporções de diabéticos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular. | 67 |
| Figura 27 | Proporções de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. | 68 |
| Figura 28 | Proporções de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. | 69 |
| Figura 29 | Proporções de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. | 70 |
| Figura 30 | Proporções de diabéticos receberam orientação sobre higiene bucal. | 71 |

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

| | |
|--------|---|
| ACS | Agente Comunitário da Saúde |
| APS | Atenção Primária de saúde |
| CEO | Centro de especialização odontológica |
| CAP | Caderno de ações programáticas |
| CM | Câncer de mama |
| CCU | Câncer de colo de útero |
| DST | Doenças sexualmente transmissíveis |
| ESB | Equipe de Saúde Bucal |
| ESF | Estratégia da Saúde da Família |
| EAD | Ensino a Distancia |
| HSA | Hospital Santo Ângelo |
| HIV | Vírus de imunodeficiência humana |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| MS | Ministério da Saúde |
| NASF | Núcleo de apoio de saúde da família |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| RS | Rio Grande do Sul |
| AIDS | Síndrome de imunodeficiência adquirida |
| SIAB | Sistema de Informações da Atenção Básica |
| HAS | Hipertensão Arterial Sistêmica |
| DM | Diabetes Mellitus |
| HGT | Teste de Dosagem do Nível de Glicemia |
| PA | Pressão Arterial |
| PMMB | Programa Mas Médico para o Brasil |
| USG | Ultrassonografia |
| URI | Universidade Regional Integrada |
| UNASUS | Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde |
| UFPEL | Universidade Federal de Pelotas |

Sumário

| | |
|--|----|
| Apresentação | 10 |
| 1 Análise Situacional..... | 11 |
| 1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS | 11 |
| 1.2 Relatório da Análise Situacional..... | 12 |
| 1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional..... | 19 |
| 2 Análise Estratégica | 20 |
| 2.1 Justificativa | 20 |
| 2.2 Objetivos e metas | 21 |
| 2.2.1 Objetivo geral..... | 22 |
| 2.2.2 Objetivos específicos e metas | 22 |
| 2.3 Metodologia | 24 |
| 2.3.1 Detalhamento das ações | 24 |
| 2.3.2 Indicadores | 33 |
| 2.3.3 Logística | 39 |
| 2.3.4 Cronograma..... | 41 |
| 3 Relatório da Intervenção | 42 |
| 3.1 Ações previstas e desenvolvidas | 42 |
| 3.2 Ações previstas e não desenvolvidas | 43 |
| 3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados..... | 43 |
| 3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços | 46 |
| 4 Avaliação da intervenção | 49 |
| 4.1 Resultados..... | 49 |
| 4.2 Discussão | 73 |
| 4.3. Relatório da intervenção para gestores..... | 76 |
| 4.4. Relatório da Intervenção para a comunidade..... | 78 |
| 5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem..... | 79 |
| Referências | 81 |
| Anexos..... | 82 |

Apresentação

O presente trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, modalidade à distância, da Universidade Aberta do SUS - UNASUS / Universidade Federal de Pelotas – UFPEL (EAD UFPEL) é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso. A Intervenção foi realizada na Unidade Básica da Saúde (UBS) Dido, no município Santo Ângelo/RS, com o objetivo de melhorar os cuidados de saúde oferecidos aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. O presente volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligado. Na primeira parte está a análise situacional, desenvolvido na Unidade um do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica, traduzida na construção de um projeto de intervenção, que ocorreu ao longo da unidade dois. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas, durante a unidade três do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construída ao longo da unidade quatro, a discussão e os Relatórios para os Gestores e para a Comunidade. Na quinta e última parte está à reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de julho de 2014, quando foram postadas as primeiras tarefas, e sua finalização no mês de agosto de 2015, com a entrega do presente Volume do Trabalho de Conclusão do Curso.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS/ESF em que atuo pertence ao município de Santo Ângelo, RS, e tem uma população de aproximadamente 3000 habitantes. Antes de minha chegada, a Unidade não tinha nenhum médico, e os moradores da área recebiam atendimento em um UBS muito distante. Agora, nossa Unidade está localizada dentro da própria comunidade e trabalhamos unidos, eu, as técnicas de enfermagem e os agentes de saúde, formando assim uma verdadeira equipe.

Fazemos atendimento integral a todas as famílias, conseguindo assim avaliar os fatores de risco das famílias da comunidade. Também fazemos atendimento a grupos específicos, como crianças, priorizando os menores de um ano, grávidas e pessoas idosas, controlando assim a saúde desses grupos, que são os mais vulneráveis para adoecer.

As visitas domiciliares são agendadas, com prioridade para aquelas pessoas que precisam e que não podem chegar à Unidade de Saúde, para os usuários com doenças crônicas não transmissíveis e para outros grupos de risco da comunidade. Estamos trabalhando para chegar aos 100%, cobrindo assim toda a comunidade. O número de atendimentos médicos é de 24 a 32 pacientes por dia, sendo que realizamos atendimentos agendados e também para quem nos procuram porque adoecem e precisam de atendimento.

Realizamos uma reunião mensal da nossa Equipe, na qual analisamos os problemas do funcionamento da Unidade. Todos os integrantes da equipe participam dessa atividade, cuja finalidade é resolver os problemas e obter melhores resultados no trabalho.

Até agora, identificamos que as doenças que mais atingem a nossa população são a Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Síndrome metabólica e a Síndrome Depressiva. A meta fundamental da nossa Equipe é fazer mudanças nos estilos de

vida da comunidade, e confiamos em nosso trabalho em equipe para atingir este objetivo. Estamos tratando de aplicar os protocolos de atendimento em Atenção Primária de Saúde, e já estamos observando alguns resultados do nosso trabalho. Também queremos reduzir a quantidade de medicamentos consumidos pelos usuários, pois muitos atendimentos são motivados por efeitos colaterais dos medicamentos e pelas interações entre os mesmos.

Entendo que ainda é cedo para realizar uma avaliação dos resultados do trabalho da minha Unidade e da Equipe de Saúde da Família, mas já posso perceber que a população se sente gratificada com os cuidados que vem recebendo.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Santo Ângelo é um município localizado no estado do Rio Grande do Sul. É o maior município da região das Missões, com aproximadamente 76.304 habitantes. A cidade possui nove Unidades Básicas de Saúde (UBS) com Estratégia de Saúde da Família (ESF) e 10 UBS tradicionais, mas não conta com Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). Nas áreas da Média e Alta Complexidade, o município conta com um Centro Especializado Odontológico (CEO) e com um serviço hospitalar de referência, o Hospital Santo Ângelo (HSA), com 170 leitos e atende a demanda de 24 municípios da região, com atenção especializada nas áreas de saúde mental, ginecologia/obstetrícia, Cardiologia, Neurologia, Traumatologia, Dermatologia, Urologia, Psicologia e Psiquiatria, Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), HIV/AIDS, hanseníase tuberculose, entre outras.



Fotografia 1. Imagem da Igreja Histórica da cidade. Santo Ângelo/RS.

O sistema municipal de saúde conta também com o Pronto Atendimento Dr. Ernesto Nascimento, mais conhecido como “UBS 22 de março”; que conta com serviços especializados como Cardiologia, Neurologia, Traumatologia, Dermatologia, Urologia, Psicologia e Psiquiatria, entre outros. Quanto aos exames complementares, dispomos de exames laboratoriais e de imagem (ecografias e tomografia computadorizada), que são agendados através do sistema de regulação da Secretaria da Saúde, e realizado no próprio município, em laboratórios contratados pelo SUS.

A UBS DIDO, na qual eu trabalho, é uma UBS/ESF que existe há 8 anos. Localiza-se na zona urbana, no bairro “Dido”, e mantém vínculo também com a Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões (URI).

A distribuição da população da nossa área por sexo e faixa etária é compatível com a distribuição etária média da população brasileira. Do total de 1682 mulheres, 1152 tem 20 anos ou mais. E, do total de 1802 homens, 1185 tem 20 anos ou mais. (SIAB, 2013).

Quanto à estrutura física, a UBS possui uma sala de recepção, onde os usuários aguardam para serem atendidos, dois consultórios médicos, uma sala para procedimentos, utilizada também para guardar medicações e realizar nebulizações e curativos, uma sala para esterilização de materiais, e dois banheiros, um para usuários e um para trabalhadores. As principais deficiências, que mais atrapalham o

desenvolvimento do trabalho, são a existência de uma única sala para recepção, arquivo de prontuários e espera dos usuários, com a convivência de várias atividades e sem condições para preservar a privacidade dos usuários, e as faltas de salas para reunião de equipe e para os ACS. As reuniões acontecem no consultório médico. Quanto à acessibilidade, um problema importante é a localização da UBS, que fica em uma lomba. Essa barreira arquitetônica dificulta o acesso dos usuários à UBS, especialmente os idosos e pessoas com deficiência. Quanto aos mobiliários e equipamentos, faltam armários nos consultórios, não há computadores nem telefone e não temos acesso à internet.

Nossa estratégia para conquistar as melhorias necessárias tem sido a de realizar reuniões com a Secretaria de Saúde, nas quais colocamos nossas preocupações e propostas. Segundo o Secretário da Saúde, os problemas serão solucionados com a conclusão da obra da nova Unidade.

Quanto à Equipe de Saúde da Unidade, esta é composta atualmente por uma médica, duas técnicas de enfermagem, dois agentes comunitários de saúde (ACS) e uma secretaria. A equipe de Saúde da Família da Unidade está incompleta. Em função dessa situação, a Unidade ainda não possui um cadastro de toda a população da área, recurso fundamental para organizar o trabalho com a comunidade da área de abrangência.

Trabalhamos de forma integrada, desenvolvendo atividades com grupos de gestantes, lactantes, hipertensos e diabéticos. Realizamos reuniões semanais muito produtivas, nas quais debatemos todos os nossos problemas e organizamos os processos de trabalho da Equipe. A complementação do quadro de ACS já foi solicitada ao Coordenador de Atenção Básica e ao Secretário de Saúde.

Quanto aos procedimentos realizados pela Equipe, temos algumas limitações relacionadas com a disponibilidade de equipamentos e instrumentais. A área da UBS conta com cerca de 920 famílias, com um total de aproximadamente 3000 pessoas, que contam com a Unidade para os cuidados básicos de saúde. Existe demora no agendamento de exames como USG, Endoscopia, Espirometria.

Com relação ao acolhimento à Demanda Espontânea a técnica de enfermagem fica na linha de frente do acolhimento, atendendo aos usuários que chegam à Unidade. O tempo de espera para atendimentos não agendados

previamente é inferior a 30 minutos, sendo que essa procura é pequena, correspondendo a aproximadamente 5% dos usuários atendidos a cada dia. Eles passam por avaliação de risco, e os responsáveis pelo acolhimento têm autonomia para agendar imediatamente os casos com necessidade de atendimento, por exemplo, uma criança febril, um usuário com queixa de dores ou algum tipo de urgência ou emergência.

As consultas médicas são agendadas em horários específicos, o que permite maior organização do serviço, evitando a superlotação da unidade e facilitando os atendimentos aos usuários da demanda espontânea.

Em relação à atenção à Saúde da Criança nossa Unidade acompanha atualmente 7 dos 43 lactantes estimados para nossa população, o que representa 16,2% de cobertura. As consultas aos menores de um ano estão bem estruturadas e organizadas, sendo realizadas diariamente pela médica de família. Em cada consulta são agendados os retornos para seguimento do acompanhamento infantil. Utilizamos os protocolos do Caderno de Saúde da Criança do Ministério da Saúde (MS), identificando as crianças de alto risco e assim como para regular o acesso das mesmas a outros níveis do sistema de saúde, de acordo com as necessidades de cada uma delas. A cobertura de acompanhamento é muito baixa o que pretendemos ampliar com maior divulgação do nosso trabalho junto à comunidade. Antes da chegada da nossa Equipe à UBS, as consultas de crianças eram realizadas apenas por Pediatras, no prédio da Secretaria Municipal de Saúde. Por isso, a maioria das mães ainda pensa que estas consultas só são feitas por aquele profissional. Desde o início do Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB) no município, os controles de puericultura passaram a ser realizados na UBS, com toda a equipe participando das orientações sobre alimentação saudável, aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes, assim como sobre a importância das consultas de puericultura e das vacinas.

Com relação à atenção pré-natal, nossa Unidade acompanha atualmente 23 das 53 gestantes estimadas para nossa população, o que representa 43% de cobertura. Há também, em nossa área, 5 gestantes que são acompanhadas por especialistas em Ginecologia na sede da Secretaria de Saúde. As consultas estão bem estruturadas e organizadas, sendo realizadas diariamente pela médica de

família, que também agenda os retornos, identifica os problemas clínicos faz controle de câncer de colo de útero e classifica o risco da gestação. Nos casos de gestações de alto risco, as usuárias são encaminhadas para fazerem seus controles com o especialista em Ginecologia e Obstetrícia. As atividades com grupos de gestantes são realizadas quinzenalmente, com participação da equipe. Nessas atividades as gestantes recebem orientações sobre aleitamento materno, alimentação saudável, saúde bucal, e sobre a importância da Atenção Pré-natal, além de trocarem experiências entre si. Quanto aos cuidados no puerpério, acompanhamos apenas duas das 5 grávidas que realizaram seus partos nos últimos 12 meses.

Para melhorarmos o controle do Pré-natal, é necessário primeiramente planejar o trabalho para realizar o acompanhamento das mulheres em idade fértil e estruturar o planejamento familiar, para que as gestantes iniciem a gravidez em boas condições de saúde. E, depois disso, iniciar o controle de todas as gestantes no primeiro trimestre. Para ampliarmos a cobertura do acompanhamento do puerpério, por sua vez, será necessário, desde as consultas do pré-natal, conscientizar as grávidas quanto à importância do acompanhamento durante o puerpério, além de programar visitas domiciliares às mulheres, nos primeiros sete dias após o parto.

O número estimado de mulheres na faixa etária entre 25 - 64 anos na área de abrangência da UBS é de 983, sendo que atualmente 721 usuárias fazem acompanhamento para prevenção de Câncer de Colo Uterino (CCU), o que representa uma cobertura de 73%. Quanto aos indicadores de qualidade, do total das 721 mulheres acompanhadas, 81 tem realizado exame cito patológico (11, 23%), sendo que outras 47 mulheres (6,51%) estão com mais de seis meses de atraso no exame. Os indicadores estão com valores baixos, mas sabemos que nem todas as mulheres da comunidade fazem acompanhamento na unidade, pois não contamos com enfermeira. Muitas mulheres fazem acompanhamento com o ginecologista na Secretaria da Saúde ou com médico particular. O aspecto do processo de trabalho que poderiam ser melhorados, contribuindo para ampliar a cobertura e a qualidade do controle do CCU, seria a participação de todos os profissionais da equipe na orientação quanto ao uso de preservativos, a organização de um arquivo para os registros dos resultados dos exames cito-patológica, e a criação de grupo de adolescentes, para orientar as jovens sobre relações sexuais precoces, tabagismo, Doenças Sexualmente Transmissíveis e outros fatores de risco para o CCU.

Desde que iniciamos o trabalho na UBS, passamos a realizar visitas domiciliares e agendar consultas médicas para todas as mulheres com exame cito-patológico alterado, de modo que agora podemos indicar o tratamento necessário para cada caso.

No que se refere aos indicadores para o controle do Câncer de Mama (CM), estes indicam uma cobertura muito baixa em relação ao número estimado de mulheres entre 50 e 69 anos, que é de 369. Fazem acompanhamento na UBS apenas 205 usuárias, ou 55,5% do total de mulheres que deveriam fazê-lo. Atualmente a equipe realiza ações educativas nas consultas, esclarecendo sobre a importância da realização do exame preventivo para o diagnóstico precoce. Para aquelas usuárias que nos procuram para acompanhamento por doenças crônicas, aproveitamos e realizamos o exame cito-patológico de colo de útero, e, se for o caso indicou a realização da mamografia.

Para ampliarmos a cobertura e melhorarmos a qualidade do controle tanto do CCU como CM, podemos aprimorar alguns aspectos relacionados ao processo de trabalho, com a realização organizada do rastreamento, com a participação de toda a equipe nas orientações às mulheres sobre a importância do autoexame e da realização da mamografia, e com a organização de um arquivo para o registro dos resultados dos exames.

Quanto aos hipertensos e diabéticos em nossa Unidade, acompanhamos atualmente 419 dos 797 hipertensos estimados para nossa população (segundo estimativas do CAP), o que representa 53% de cobertura. No caso dos diabéticos, acompanhamos na UBS 135 de 228 diabéticos estimados para nossa população (segundo estimativas do CAP), o que representa 59% de cobertura. É preciso investir cada vez mais no planejamento de ações preventivas e educativas, na realização de atividades com grupos, nas mudanças de hábitos de vida e na adesão à medicação. Os ACS realizam a busca ativa dos usuários faltosos, e, ao mesmo tempo, alertam os usuários para a necessidade de comparecer às consultas. As consultas dos usuários diabéticos e/ou hipertensos em nossa unidade são sempre acompanhadas de orientações quanto à nutrição, importância de exercícios físicos e os atendimentos são feitos todos os dias da semana onde participam o Médico de Família e/ ou Técnico de Enfermagem. Esses usuários saem da UBS com a próxima consulta

marcada. Além das consultas programadas para acompanhamento. Temos uma demanda considerável de usuários para atendimento de problemas de saúde agudos, devidos a HAS e DM, e existe oferta para essa atenção. Seguimos o protocolo do Ministério da Saúde para os atendimentos para portadores destas doenças crônicas. Os atendimentos dos são registrados nos prontuários clínicos, se realizam atividades de grupo com os usuários portadores de HAS e DM, mas uma das dificuldades é que os usuários não têm conhecimento da importância de prevenir e controlar estas doenças para desta forma evitar suas complicações futuras.

Realizamos atendimento aos idosos da comunidade durante quatro dias da semana. Participam do atendimento o Médico de Família e o Técnico de Enfermagem. Existe oferta de atendimento para idosos com problemas de saúde agudos, e são desenvolvidas ações para prevenção e promoção da saúde, tais como atividades físicas, orientações sobre hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, e saúde mental. Explica-se aos idosos e seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência entre eles, como a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus e depressão. São realizadas também atividades com grupos, todas as últimas quartas-feiras do mês, nas quais fazemos rodas de conversa e dinâmicas de grupo para incentivar a prática de exercícios físicos e a adoção de estilos de vida saudáveis. A equipe realiza cuidados domiciliares com muita frequência, feitos pela Técnica de Enfermagem, pelos ACS e pelo Médico de Família. Com relação aos indicadores de avaliação, todos os 486 idosos da área (100%) estão com Avaliação Multidimensional Rápida em dia. Com acompanhamento em dia há 199 idosos (40,94%). Com Hipertensão, são 419 (53%), e com Diabetes Mellitus são 135 (59%), segundo estimativas do CAP. 456 idosos (83,82%) passaram por avaliação de risco para morbimortalidade e receberam orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis. No que se refere à orientação para a atividade física, 231 idosos (63%) foram orientados, enquanto apenas 59 usuários (16%) estão com avaliação de saúde bucal em dia, apesar de não contarmos com serviço de odontologia na UBS. A equipe está sensibilizada para o trabalho junto à terceira idade, mas temos muitos desafios pela frente, já que é difícil conseguir o apoio da família e a participação da comunidade, o que é fundamental para que o idoso envelheça com qualidade de vida e independência.

No que se refere à saúde bucal, não oferecemos esse serviço na UBS. A demanda por atendimento está principalmente relacionada à dor de origem dentária. A atenção à Saúde Bucal pode ser implementada, mesmo na ausência do serviço através do desenvolvimento de ações educativas e da orientação aos usuários para que procurem atendimento não apenas com queixas agudas, mas também para realizarem atividades de prevenção e educação em saúde bucal.

Tendo em vista todas estas situações já abordadas, fica fácil perceber que os desafios enfrentados nesta UBS são numerosos, e que há muito trabalho pela frente. As tarefas realizadas no curso incentivam mudanças em nosso trabalho, para garantir o cadastramento de toda a população, e a realização de mais atividades de promoção e educação em saúde, para, assim contribuir para a adoção de estilos de vida mais saudáveis e para a melhoria dos níveis de saúde da população.

1.3 Comentários comparativos entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Entre o momento em que eu escrevi o texto inicial sobre a situação da Atenção Primária em minha Unidade e o momento em que conclui o Relatório de análise Situacional, com a vivência e os estudos proporcionados pelo curso, posso dizer que evolui bastante na compreensão dos problemas e das necessidades da Unidade. A busca de dados para analisar a Unidade e sua atuação nas ações programáticas, enriqueceu meus conhecimentos e desenvolveu minha percepção sobre o trabalho, permitindo que eu escrevesse um Relatório detalhado sobre todos esses aspectos, demonstrando claramente a evolução que tive nesse período.

2. Análise Estratégica

2.1. Justificativa

Os cuidados com os portadores de Hipertensão e Diabetes são uma das ações programáticas mais importantes na atenção primária de saúde, pois se referem a condições que apresentam altas prevalência em todo o mundo, sendo elas e suas complicações as principais causas de morte em muitos países. Entre suas principais complicações encontram-se o infarto do miocárdio, os acidentes cerebrovasculares, a insuficiência renal e a cegueira.

Essa é a ação que escolhi como foco para minha intervenção no Curso de Especialização em Saúde da Família. A escolha desse foco se justifica porque, em minha Unidade Básica de Saúde (UBS), desde o início de meu trabalho, observamos dificuldades no trabalho com este grupo, com indicadores de controle e atendimentos muito baixos. Nosso objetivo é diminuir a incidência de mortalidade e dos eventos provocados pela falta de adequado controle e acompanhamento dos portadores dessas patologias. Os cuidados com as pessoas com hipertensão e diabetes devem ser estruturados de forma conjunta, com envolvimento entre equipe de saúde, dos portadores dessas condições crônicas e de suas famílias. A Atenção Básica é a responsável pelo primeiro contato dos usuários com os sistemas de saúde, aonde são programadas ações para melhorar a saúde dos doentes e se coordenam os cuidados, com responsabilidade da equipe e com a participação social.

A UBS na qual eu trabalho é uma ESF, localizada na zona urbana do município Santo Ângelo, no bairro Dido. Em relação à estrutura física, a UBS possui 3 consultórios médicos, uma sala para procedimentos, que também é utilizada para guardar medicações, realizar nebulização, curativos e vacinas, uma sala de esterilização e uma de reuniões, 2 banheiros, uma cozinha e um almoxarifado. No que se refere aos recursos humanos, à equipe está incompleta, contando apenas com uma Médica de Família, duas técnicas de enfermagem e dois ACS. Residem na área adstrita aproximadamente 3 mil pessoas, mas parte dela ainda está descoberta, sem ACS que realizem as visitas e o acompanhamento das famílias nos domicílios.

Em nossa UBS, temos 419 usuários hipertensos cadastrados, o que corresponde a aproximadamente 53% dos 797 hipertensos estimados, segundo o CAP. Quanto aos diabéticos, temos 135 cadastrados, ou aproximadamente 59% dos

228 estimados para nossa área de abrangência, segundo o CAP. Esses números evidenciam a deficiência que temos no controle dos portadores dessas patologias. A quantidade de usuários com estas doenças já cadastrados em nossa UBS é muito baixa com relação ao número estimado, porque nossa equipe ainda está incompleta, faltando Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para completarem o cadastro da população. Nossa equipe tem como estratégia avaliar a totalidade da população, para, assim, ter um diagnóstico situacional mais preciso sobre este grupo de usuários com HAS e DM. Para aqueles que já estão cadastrados, realizamos ações de promoção nas consultas e visitas domiciliares, tratando de temas de interesse para eles, como alimentação saudável e prática de exercícios físicos, entre outros. Pretendemos melhorar ou programar os seguintes aspectos: ampliar a cobertura de atendimento para os usuários hipertensos e diabéticos, realizar acompanhamento em dia e avaliação de risco cardiovascular, manter controlados e compensados os usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus.

A intervenção será muito importante para a UBS avançar na implementação da ação programática e melhorar os indicadores de cobertura e qualidade. A equipe participou da escolha do foco da intervenção, e está bastante envolvida no seu planejamento e futura implementação, apesar das limitações e dificuldades relacionadas com o fato de a equipe estar incompleta. Há aspectos que podem ser melhorados, incluindo o cadastramento, a divulgação da importância da alimentação saudável, da prática de atividade física e da saúde bucal e da adoção de estilos de vida saudáveis.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Dido, Santo Ângelo /RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivos específicos:

1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas:**Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos**

Meta 1.1 Cadastrar a 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar a 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

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

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 hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS 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 diabéticos.

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e 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 s hipertensos.

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

A intervenção será realizada em 16 semanas, na UBS Dido, com foco nos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, com participação de toda a equipe da UBS e da comunidade. Participarão da intervenção 446 hipertensos e 135 diabéticos maiores de 20 anos de idade. As ações serão realizadas em quatro eixos, a saber: Monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Ações a serem desenvolvidas:

Nas reuniões de equipe, discutiremos sobre a necessidade de aumentar a cobertura, elaboraremos estratégias para levar os usuários às consultas e programar visitas domiciliares, principalmente com o apoio das agentes comunitárias de saúde na identificação desses usuários. Revisaremos os registros dos usuários que já são acompanhados, para sabermos quais deles estão faltando às consultas. Será necessário também capacitar toda a equipe para o adequado registro das ações, com **uso das fichas espelho e planilha.**

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

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

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

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/Farmácia da UBS para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS 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 diabéticos.

Ações a serem realizadas:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos.

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

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS.

- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

A partir dos registros dos atendimentos a hipertensos e diabéticos nos prontuários e em fichas-espelho, vamos monitorar a qualidade dos atendimentos de acordo com os protocolos, discutindo esses controles nas reuniões da equipe.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

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

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Garantir a solicitação dos exames complementares.
- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.
- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Antes do início da intervenção, vamos realizar a capacitação da equipe e definir a atribuição de cada profissional, assim como o responsável pela organização dos arquivos com informações sobre os exames realizados e o estoque dos medicamentos e materiais, mantendo a avaliação periódica dessas ações para correções necessárias.

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

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

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

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Nas palestras educativas, nas consultas individuais e visitas domiciliares, abordaremos os temas relacionados aos fatores de risco para complicações dessas

doenças e a importância de fazer o tratamento e seguimento adequado na unidade, com os profissionais devidamente capacitados.

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS.
- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Abordar esses temas nas capacitações, nas reuniões de equipe pelo médico da UBS, para que todos saibam a forma adequada de atendimento dos diabéticos e hipertensos de forma a garantir a qualidade e integralidade dos atendimentos, usando os protocolos recomendados.

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

Meta 3.1 2 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Ações a serem realizadas:

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

Após identificar os usuários faltosos faremos a programação das consultas de recuperação com datas específicas utilizando os registros e prontuários eletrônicos.

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos:

Identificados os usuários faltosos com endereço orientaremos as agentes comunitárias nas reuniões de equipe semanais para que os visitem e orientem sobre a importância de comparecer às consultas.

- Organizar as agendas para acolher os usuários provenientes das buscas domiciliares:

Vamos a estabelecer uma jornada de trabalho em cada semana para acolher estes usuários.

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

Nas palestras que temos planejadas nos grupos da comunidade, nas consultas médicas, nas visitas domiciliares por médico, técnica de enfermagem e agentes comunitários, orientaram a os usuários sobre esta importante consulta, além de colocar um mural na sala de espera da UBS explicando isto. A comunidade é que mais pode colaborar sobre as mais adequadas estratégias para evitar evasão dos diabéticos e hipertensos, então vamos ouvi-la para compreender os motivos da evasão e buscar soluções.

- Esclarecer aos usuários com hipertensão Arterial e Diabetes mellitus e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas:

Nas consultas médicas, nas palestras com os grupos de usuários, nas visitas domiciliares semanais pelo médico e a técnica de enfermagem, nas visitas domiciliares feitas pelos agentes comunitários explicaremos como será a programação das consultas e sua importância.

- Capacitar as agentes comunitárias para a orientação a hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade:

Nas reuniões de equipes semanais, planejamos uma hora para capacitar aos agentes comunitários sobre como devem fazer as orientações aos usuários a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Ações a serem realizadas:

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

A técnica de enfermagem avaliará a cada semana os registros dos usuários atendidos na semana e levará na reunião de equipe as dificuldades ou erros em cada registro.

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar a ficha de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

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

As agentes comunitárias têm acesso aos registros dos usuários de sua área de abrangência para revisar se estão em atraso às consultas de acompanhamento e na realização de exame complementar, a técnica de enfermagem verificará a cada semana os que não realizaram os exames complementares, a realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, também revisará a cada semana quais usuários não estão avaliados corretamente e informará na reunião de equipe sobre as deficiências.

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

Nas consultas médicas e aproveitando cada visita domiciliar além das palestras e reuniões de grupo cada membro da equipe de acordo ao contexto orientará aos usuários e comunidade sobre os direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

- Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.

Nas capacitações planejadas nas reuniões da equipe o médico e a técnica de enfermagem realizarão capacitação a toda a equipe em relação aos registros necessários ao acompanhamento dos usuários.

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

Em cada reunião de equipe se necessário se capacitará a equipe para que saibam adequadamente como fazer o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

Meta 5.1 Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 5.2 Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Ações a serem desenvolvidas:

- Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Cada mês o médico revisará o monitoramento da verificação de estratificação de risco por ano para identificar quais usuários não estão verificados para resgatá-los e avaliar-los em consulta.

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Identificados os usuários de alto risco, estes serão listados e priorizados, tanto para consultas médicas, como para o agendamento de exames complementares e para as visitas domiciliares realizadas pelas ACS, pelo médico e pela técnica de enfermagem.

- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

De acordo com os usuários classificados neste grupo, a cada semana organizaremos as agendas para quantos deverão ser priorizados para agendamento na próxima semana.

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

Nas reuniões de grupos, nas palestras, visitas domiciliares e consultas médicas os membros da equipe de acordo com sua competência orientarão a estes usuários sobre o nível de risco e sua importância do acompanhamento regular para evitar complicações.

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

- Esclarecer aos usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Isto será feito nas palestras e reuniões de grupo de usuários pelo médico e técnica de enfermagem, preparando temas específicos sobre alimentação saudável e outros hábitos de vida, sobre como modificar os fatores de risco, para evitar complicações.

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

- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Isto será feito nas capacitações, nas reuniões de equipe pelo médico da UBS, com o objetivo de que toda a equipe saiba como realizar a estratificação de risco, conheça a importância de registrar esta avaliação, e de como fazer estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: Promover a saúde de 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 pacientes hipertensos.

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

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

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

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

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

Ações a serem desenvolvidas:

- Monitorar a realização de orientação nutricional, atividade física regular, riscos do tabagismo e higiene bucal aos hipertensos e diabéticos:

Mediante os registros de hipertensos e diabéticos e nos prontuários vamos anotando os usuários que estão sendo orientados e ter o controle, além de parceria com outros profissionais como nutricionistas para a adequada orientação.

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e para orientação de atividade física:

Nas reuniões de grupo, que realizamos uma vez ao mês, abordaremos um tema relacionado com alimentação saudável e prática de atividade física além de palestras educativas nas consultas planejadas para estes usuários na UBS.

- Demandar junto ao gestor parceiras institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade:

Solicitar ao gestor municipal de saúde a participação da nutricionista e educador físico do município que trabalha com o SUS, para que participe uma vez ao mês nas reuniões de grupo com estes usuários da comunidade para uma orientação detalhada sobre alimentação saudável e prática de atividade física.

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo:

Solicitar uma reunião com o gestor de saúde para a possibilidade da compra deste medicamento antitabagismo de acordo a quantidade de usuários fumantes que precisem deste tratamento, para priorizá-los.

- Orientar a usuários e familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física, tratamento para abandonar o tabagismo e higiene bucal:

Nas visitas domiciliares feitas pela equipe de saúde, nas consultas médicas e nas palestras explicaremos a eles sobre a importância desses temas para prevenir complicações da doença.

- Capacitar a equipe da unidade básica da saúde sobre prática de alimentação saudável:

- Solicitar ao gestor de saúde para que a nutricionista do SUS faça uma capacitação sobre este tema a realizar-se na UBS com toda a equipe.

- Capacitar a equipe da unidade básica de saúde sobre a promoção de atividade física:

Nas reuniões de equipe pretendemos fazer capacitação sobre como fazer a promoção das atividades físicas de maneira que os usuários possam entender melhor sua importância.

- Capacitar a equipe de saúde sobre o tratamento de usuários tabagistas:

Aproveitando que a técnica de enfermagem da equipe recebeu uma capacitação sobre este tema, ela irá, na reunião de equipe, realizar a capacitação a equipe.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.
Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Meta 1.2: Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

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

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

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

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

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

Indicador: 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.

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

Indicador: 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.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia

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

Meta 2.5 Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS priorizada.

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

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

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 5.1 Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Meta 5.2 Realizar estratificação de risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3. Logística

A logística é a área de gestão responsável por prover os recursos humanos e materiais necessários para a realização das atividades do projeto de intervenção, que seguirá os protocolos de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde. Para abordagem dos usuários hipertensos e diabéticos, a proposta inicial é a realização do cadastramento. O cadastramento será realizado

durante a procura dos usuários pela unidade, seja para consulta, troca de receita ou outros motivos, e também pela busca ativa dos outros usuários sabidamente hipertensos e diabéticos pelas agentes comunitárias de saúde. Para esse cadastramento, além da ficha do SIAB, será utilizada a ficha espelho, com preenchimento sobre dados de identificação, dados antropométricos, fatores de risco, medicações em uso, morbidades e classificação de risco de cada usuário. As agentes comunitárias, juntamente com a técnica de enfermagem, preencherão esses dados. O médico e técnica de enfermagem, durante as consultas, realizarão o preenchimento dos demais dados. A ficha espelho, que seguirá o modelo oferecido pelo curso, será disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde.

As reuniões de grupos com os usuários serão planejadas pela técnica de enfermagem, e ajustadas em discussões nas reuniões de equipe. As ACS serão responsáveis por convidar aos usuários. Essas atividades ocorrerão mensalmente, na UBS, e os temas serão preparados e apresentados pelo médico e pela enfermeira. As ACS cuidarão de organizar as atividades e preparar os locais para as reuniões.

O controle da frequência e a regularidade dos usuários às consultas médicas e à realização dos exames complementares, além da análise de adesão ao tratamento pelas visitas dos agentes comunitários será realizado por meio de acompanhamento das fichas, de acompanhamento de hipertensos e/ou diabéticos a serem preenchidas pelo médico e enfermeira durante as consultas.

Nessa etapa a equipe deverá atuar no sentido de conscientizar a população em relação ao seu problema de saúde de forma a estabelecer abordagem centrada em medidas de promoção de saúde e prevenção de complicações durante todas as atividades realizadas, desde o cadastramento e as visitas domiciliares até as consultas médicas. Esta conscientização da população será feita mediante as discussões nas reuniões de grupos, assim como nas consultas individuais e visitas domiciliares.

Para a realização das operações do projeto de intervenção serão providenciados os seguintes recursos:

- Organizacionais:

- Equipamentos adequados para a realização da classificação. A UBS possui esfigmomanômetro, estetoscópios, fitas métricas, glicômetros, balança.

- O espaço físico para as palestras será na Unidade de Saúde. O mobiliário já está disponível, o computador será oferecido pelo médico e o projetor pela secretaria municipal. A responsável pelas palestras será a enfermeira.

- Disponibilidade dos profissionais de saúde de diversas áreas: os profissionais tanto da ESF quanto a equipe expandida, já estão cientes e dispostos a participar do projeto.

• Cognitivos: Capacitação dos profissionais de saúde para a realização de suas tarefas do projeto de intervenção.

A atualização e o treinamento dos profissionais de saúde da equipe para as atividades serão realizados conjuntamente pelo médico e pela técnica de enfermagem, durante as reuniões de equipe. A responsável pela estrutura para as atividades será a técnica de enfermagem, que já exerce liderança na equipe e tem experiência com o grupo, pois trabalha na UBS desde o início das suas atividades.

2.3.4 Cronograma

| ATIVIDADES | SEMANAS | | | | | | | | | | | |
|---|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
| Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Hipertensão arterial e Diabetes mellitus | X | X | X | X | X | | | | | | | |
| Capacitação das ACS para a realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas | X | | | | | | | | | | | |
| Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática | X | | | | | | | | | | | |
| Cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área adstrita no programa | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de Hipertensão e Diabetes, solicitando apoio para a | X | | | | X | | | | X | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| divulgar a intervenção e a importância da participação dos usuários | | | | | | | | | | | | |
| Atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Grupos de hipertensos e diabéticos | | | X | | | | X | | | | X | |
| Busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |
| Monitoramento da intervenção | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X | X |

3. Relatório da Intervenção

A intervenção visou melhorar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS Dido, município de Santo Ângelo, RS, Brasil. O projeto de intervenção foi organizado para a intervenção ser realizada em 16 semanas, no entanto, a intervenção foi realizada em 12 semanas por orientação da Coordenação do Curso com o objetivo de se adequar e ajustar ao Calendário da Turma 8, já que houve a

realização do período de férias previstas no Programa Mais Médicos para o Brasil. As metas estabelecidas no projeto também previam a realização da intervenção em 16 semanas, as quais ajustamos também para 12 semanas.

3.1 Ações Previstas e Desenvolvidas

Depois de transcorridas 12 semanas de trabalho intenso e de muita satisfação por tudo o que foi realizado, avalio que muitas coisas importantes foram produzidas. Foi necessário muito planejamento e organização para o desenvolvimento das melhores estratégias para ampliar o número de usuários hipertensos e diabéticos acompanhadas pela ESF, e para oferecer a eles os cuidados de que necessitavam.

Nossos resultados foram alcançados devido à organização, dedicação, responsabilidade e comprometimento da equipe de saúde ao longo de todo esse processo. A justificativa na escolha do foco da intervenção foi baseada nos números muito baixos de atendimentos aos portadores de HAS e DM, quando comparado às estimativas desses casos na população maior de 20 anos da nossa área. Esse fato evidenciava que, na nossa UBS, não estávamos oferecendo os cuidados adequados aos hipertensos e diabéticos, pois estes estavam restritos aos atendimentos feitos por um único médico que trabalhava apenas dois dias por semana, limitando-se a renovar as receitas dos pacientes que procuravam a Unidade.

Entre outras atividades desenvolvidas, nas reuniões de equipe, discutíamos sobre a necessidade de aumentar a cobertura de atenção a hipertensos e diabéticos, monitorávamos a realização de exame clínico e exames complementares apropriado dos pacientes durante a intervenção, analisamos semanalmente os pacientes faltosos para realizar a busca ativa, capacitamos todos os integrantes da equipe em a avaliação da saúde bucal.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Uma das dificuldades encontradas, e que perdurou durante toda a intervenção, foi o fato de termos nossa Equipe incompleta, com apenas 2 ACS dos 6 que deveríamos ter, o que inviabiliza o mapeamento completo da nossa área de responsabilidade, que é bastante extensa. No entanto, mesmo com essa dificuldade,

conseguimos intervir em todo o território, cadastrando e acompanhando portadores de HAS e DM.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Para iniciar a intervenção adotamos uma primeira estratégia, a de cadastrar os hipertensos e diabéticos que procuravam a Unidade e iniciar com eles a implementação do protocolo de acompanhamento adotado para a intervenção. Outras maneiras de captação de usuárias foram às reuniões que passamos a realizar na comunidade, nas quais buscamos identificar e conscientizar os usuários hipertensos e diabéticos e com risco para essas condições crônicas sobre a importância da realização de consultas periódicas para controle de sua doença e para evitar complicações a curto e longo prazo.

Realizamos também algumas reuniões com os gestores de saúde para debatermos o projeto de intervenção, e para formularmos estratégias para melhorar o acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos da UBS/ESF.

Depois de capacitar e conscientizar os integrantes da equipe acerca das suas respectivas funções e de cadastrar todos os hipertensos e diabéticos pertencentes a nossa UBS, passamos a executar o cronograma de atividades do Projeto de Intervenção. Todo esse processo foi possível com o apoio dos gestores municipais, que ofereceram recursos materiais e apoio institucional para o desenvolvimento das ações.



Fotografia 2. Reunião da Equipe na Unidade Básica de Saúde. UBS Dido. Santo Ângelo/RS. 2015.

O empenho da equipe de saúde foi um fator muito importante no alcance dos nossos objetivos. Foram realizadas buscas na comunidade, em toda área de abrangência, de todos os hipertensos e diabéticos, inclusive daqueles que estavam realizando atendimentos pela rede privada, para que fossem incentivados a realizarem o acompanhamento pela equipe de saúde. Com esse trabalho, pudemos identificar pessoas ainda não atendidas pela UBS e, entre eles, usuários com risco de desenvolver hipertensão e diabetes.

As atividades desempenhadas para todos esses hipertensos e diabéticos cadastrados incluíram orientações sobre alimentação adequada para a manutenção da saúde e para o controle da doença, sobre os riscos do tabagismo e do uso de álcool, sobre a importância da higiene bucal e do tratamento das doenças bucais odontológico, sobre a necessidade de seguir o tratamento orientado e de realizar os exames indicados, entre outras atividades para o controle das doenças, todas de grande importância para evitar as complicações. Todos os cadastrados receberam orientações sobre a importância da prática de exercício físico, além de outros fatores que poderiam prejudicar a sua saúde. Ao longo da intervenção, tivemos também a incorporação à Equipe de uma Auxiliar de Saúde Bucal, que contribuiu bastante para a realização de atividades educativas com grupos.

Durante os 3 meses de trabalho, as visitas domiciliares foram realizadas pela técnica de enfermagem, pelas Agentes Comunitárias de Saúde e por mim, como médica da Equipe, para avaliar o modo e estilo de vida de cada um dos nossos hipertensos e diabéticos, assim como suas necessidades. A participação da comunidade foi importante em nosso projeto, mas sua atuação foi praticamente restrita aos clubes de mães, que ajudaram para que conseguíssemos propiciar um seguimento adequado de todas as hipertensas e diabéticas que deles participam.



Fotografia 3. Visita domiciliar a pacientes Hipertensos. UBS Dido. Santo Ângelo /RS. 2015.

Nossa área é complexa, pois não contamos com muitas pessoas bem capacitadas, assim com instituições que possam ajudar no enfrentamento de dificuldades. Assim, contamos basicamente com os recursos da Unidade de Saúde, além dos clubes de mães anteriormente citados. Pessoas que anteriormente eram líderes da comunidade agora se recusam a assumir essa responsabilidade, alegando que não contam com o apoio do município para a resolução de problemas da comunidade, o que fez com que nossa equipe tivesse que se desdobrar para desempenhar muitas ações, visando garantir a realização do projeto de intervenção propiciar um atendimento adequado aos hipertensos e diabéticos.

Todo o planejamento das ações foi registrado em um cronograma que continha 17 atividades, que seriam desenvolvidas em 16 semanas. Porém, com a necessidade de reduzir o período da intervenção para 12 semanas, em virtude do cronograma do Curso, o cronograma foi ajustado para esse novo período, conforme apresentado anteriormente.

De todas as ações planejadas, a única que foi parcialmente prejudicada foram às consultas odontológicas. Conseguimos realizar avaliação de necessidade de atendimento odontológica para 100% dos pacientes, mas tivemos que encaminhar os usuários que precisavam de atendimentos para outra UBS, conforme acordo prévio (ESF da Ruboski).

Durante a realização das atividades, incluindo as educativas e preventivas, mantivemos a planilha de dados e as fichas espelho devidamente atualizadas. Dessa

forma, não tivemos problemas com a sistematização dos dados e o fechamento das planilhas. Em cada consulta aproveitamos para detalhar todos os dados clínicos e exames físicos, enfatizando o registro nos prontuários e nas fichas espelho da realização dos exames complementares por trimestre.



Fotografia 4. Médica da Família realizando consulta para portadora de HAS. UBS Dido. Santo Ângelo /RS. 2015.

3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços

Todas as ações desenvolvidas durante o processo de intervenção foram integradas às atividades cotidianas da equipe, para que continuemos a realizar o controle da saúde dos nossos usuários. Elas seguem sendo realizadas com a mesma qualidade e responsabilidade, pois acreditamos que quanto melhor realizarmos nosso trabalho, melhor será os indicadores de saúde e de morbimortalidade por estas doenças em nossa população.



Fotografia 5. Técnica de enfermagem realizando teste de glicose na UBS Dido, Santo Ângelo RS 2015.

Considero muito importante reconhecer o trabalho da equipe em geral e principalmente das ACS, que foram fundamentais na obtenção dos resultados. A população já tem conhecimento dessa nova estratégia de intervenção, e encontra-se comprometidas com este trabalho, porém de agora em diante o trabalho será mais organizado. Na nossa equipe na ESF estamos mantendo o grupo de hipertensos e diabéticos, aproveitamos o espaço para aprofundar os conhecimentos dos participantes sobre diversos temas. Conseguimos também agregar ao grupo outros usuários com fatores de risco para estas doenças.



Fotografia 6. Médica da Família realizando roda de Conversa com portadores de HAS e DM. UBS Dido. Santo Ângelo /RS. 2015.

4. Avaliações da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da UBS Dido. As ações da intervenção foram planejadas ao longo da Unidade 2 do Curso de Especialização em Saúde da Família da UNASUSA/UFPEL, com base nos “Cadernos da Atenção Básica – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica” de Diabetes Mellitus (caderno 36) e de Hipertensão Arterial Sistêmica (caderno 37), publicado pelo Ministério da Saúde em 2013. Apresentamos a seguir os resultados obtidos, de acordo com os objetivos e metas previamente estabelecidas.

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos na Unidade de Saúde

Meta 1.1. Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Durante a intervenção, foram cadastrados 446 usuários hipertensos. Chegamos a esse número de cadastrados de forma gradativa, iniciando com 81 (18,2%) hipertensos cadastrados no primeiro mês, 190 (46,2%) hipertensos cadastrados o segundo mês, e 446 (100%) hipertensos da área cadastrados no terceiro mês. Alcançamos, portanto, ao final da intervenção, uma cobertura de 100% dos usuários hipertensos (Gráfico 1)

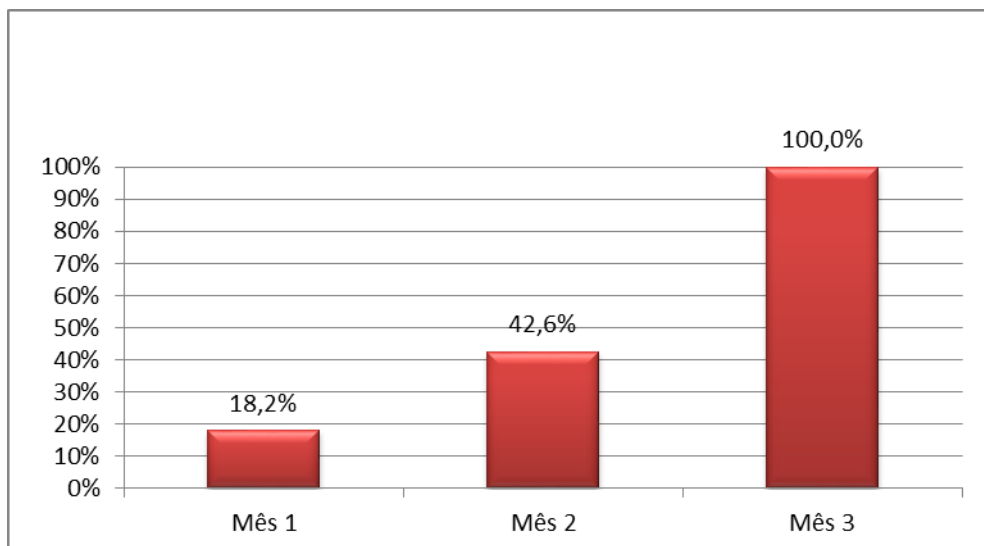


Gráfico 1. Cobertura de hipertensos na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

As ações que mais contribuíram para a captação de usuários para o programa foram à revisão dos prontuários e a busca ativa realizada pela equipe de saúde, com grande dedicação dos Agentes Comunitárias de Saúde, elas além de realizarem as visitas domiciliares de rotina em suas respectivas micro áreas, estenderam sua atuação para aquelas áreas que não tinham ACS, para assim identificar todos os usuários com HAS residentes na área de abrangência da UBS e orientá-los a realizarem seu acompanhamento na UBS. Também foram muito importantes as visitas domiciliares realizadas para os usuários que não conseguiam se locomover até a Unidade, as atividades de grupo realizadas ao longo da intervenção, a boa adesão dos pacientes à UBS e à intervenção e a colaboração de toda a equipe, que sempre demonstrou disposição para apoiar o projeto, trabalhando com muito entusiasmo, por considerá-lo muito importante para a saúde dos pacientes.

Meta 1.2. Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Durante a intervenção, foram cadastrados 135 diabéticos (100%), representando o total de diabéticos existentes na área de abrangência seguem VIGITEL (2011). Uma análise progressiva da cobertura mostra que foram cadastrados, no primeiro mês, 19 (14,1%) diabéticos, no segundo mês 50 (37,0%) diabético, e no terceiro mês todos os 135 (100 %) diabéticos, totalizando 100% dos

diabéticos da área cadastrados para a intervenção. Alcançamos, portanto, ao final da intervenção, uma cobertura de 100% dos usuários diabéticos (Gráfico 2).

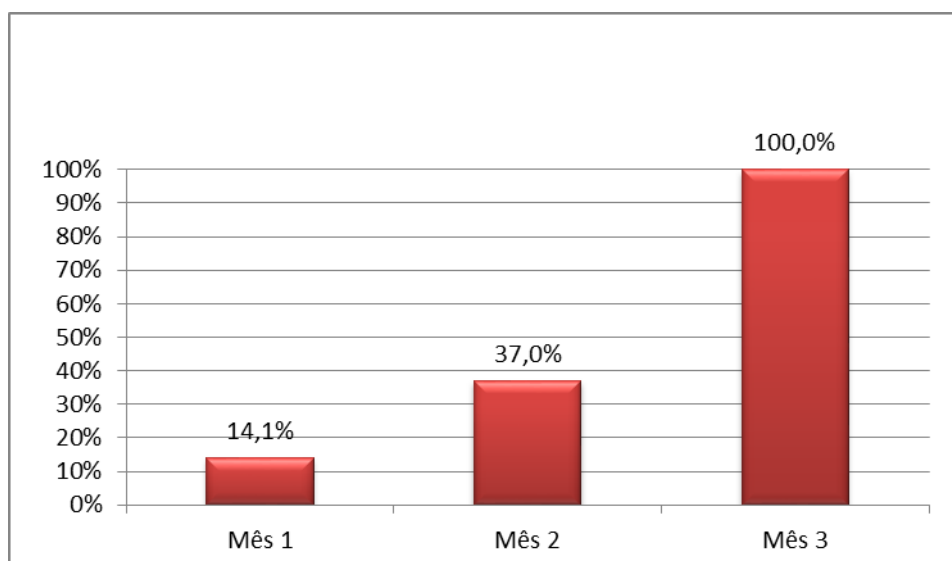


Gráfico 2. Cobertura de diabéticos na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

As ações que mais auxiliaram e contribuíram na captação de usuários portadores de DM foram às mesmas indicadas na meta anterior, uma vez que o processo de captação e cadastramento dos usuários para a intervenção foi realizado de forma simultânea para usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Objetivo 2- Melhorar a qualidade do atendimento aos usuários realizado na unidade de saúde:

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

Em relação à meta de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos da unidade de saúde, de acordo com o protocolo adotado, 442 dos 446 (96,9%) pacientes participantes da intervenção receberam esse exame. No primeiro mês foram examinados todos os 81 hipertensos cadastrados (100%), no segundo mês foram examinados 186 dos 190 hipertensos cadastrados (97,9%), enquanto no terceiro mês foram examinados 432 dos 446 hipertensos cadastrados (96,9%). (Gráfico 3).

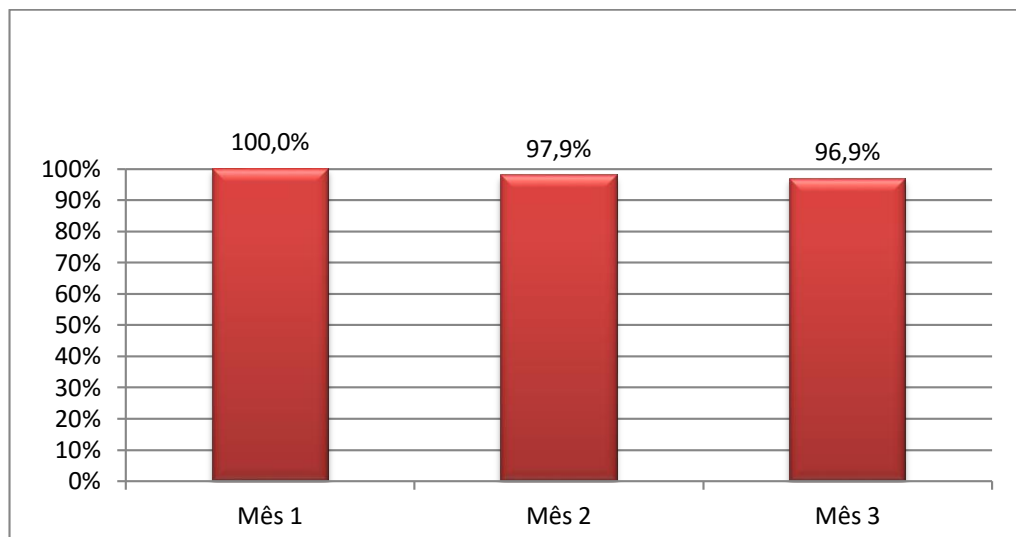


Gráfico 3. Proporção de hipertensos com exame clínico apropriado na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Não conseguimos realizar o exame clínico para todos os hipertensos cadastrados, porque tivemos alguns usuários que foram avaliados em suas casas, por se tratarem de acamados com sequelas. Entre esses usuários, alguns não puderam responder às questões nem estavam acompanhados por algum familiar que pudesse ajudar no levantamento dessas informações.

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

Em relação às metas de realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, de acordo com o protocolo adotado, 131 dos 135 (97,0%) pacientes participantes da intervenção receberam esse exame. No primeiro mês foram examinados todos os 19 diabéticos cadastrados (100%), no segundo mês foram examinados 49 dos 50 diabéticos cadastrados (97,9%), enquanto no terceiro mês foram examinados 131 dos 135 diabéticos cadastrados (96,9%). (Gráfico 4).

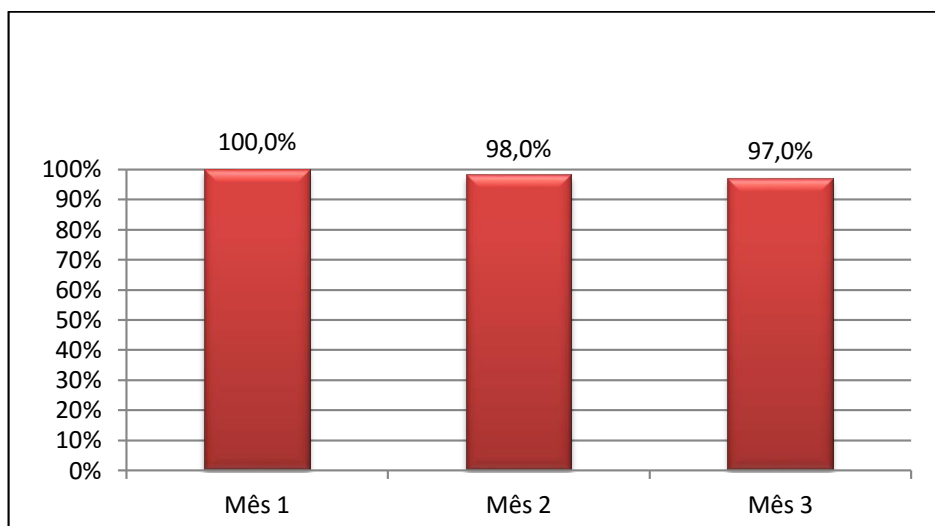


Gráfico 4. Proporção de diabéticos com exame clínico apropriado na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Não conseguimos realizar o exame clínico para todos os diabéticos cadastrados, porque tivemos alguns usuários que foram avaliados em suas casas, por se tratarem de acamados com sequelas. Entre esses usuários, alguns não puderam responder às questões nem estavam acompanhados por algum familiar que pudesse ajudar no levantamento dessas informações.

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

Os exames complementares para avaliação dos hipertensos foram solicitados para todos os usuários, porém uma pequena parcela não os realizou. No primeiro mês da intervenção foram realizados exames para todos os 81 hipertensos cadastrados (100%), no segundo mês foram realizados exames para 183 dos 190 hipertensos cadastrados (96,3%) e, ao final do terceiro mês, 401 dos 446 hipertensos cadastrados (89,9%) estavam com os exames complementares em dia, de acordo com o protocolo (Gráfico 5).

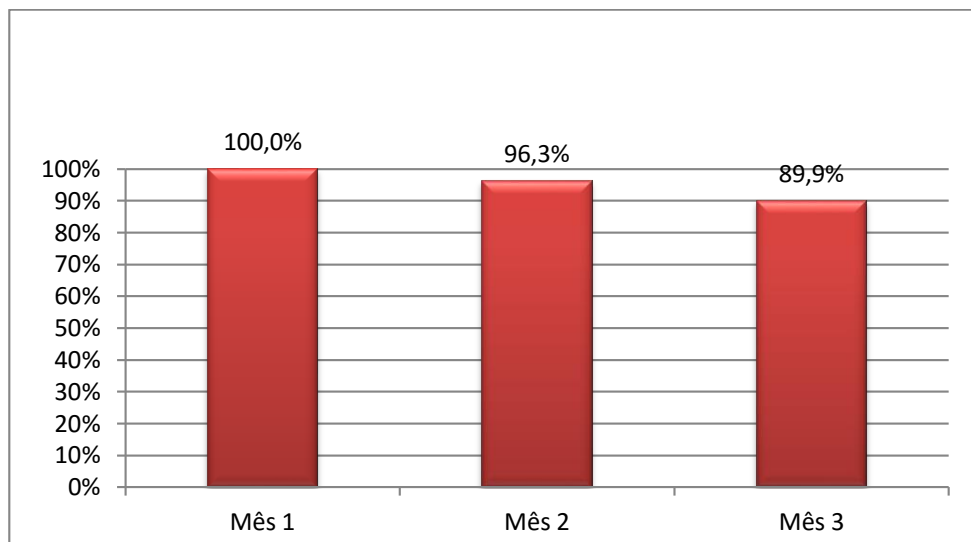


Gráfico 5. Proporção de hipertensos com exames complementares em dia na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Em relação a essa ação, o que mais contribuiu para o bom resultado obtido foi o esforço da Secretaria Municipal de Saúde para disponibilizar os exames laboratoriais essenciais (eletrocardiograma; dosagem de glicemia, colesterol total e suas frações, creatinina, potássio e realização da análise do sedimento urinário), assim como o envolvimento da técnica de enfermagem e das agentes de saúde na tarefa de preencher e carimbar os pedidos.

No entanto, não foi possível garantir os exames para todos os pacientes da intervenção em função das limitações financeiras da prefeitura e das dificuldades de alguns pacientes acamados para realizarem os exames, por não contarem com apoio de familiares ou responsáveis.

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

Os exames complementares para avaliação dos diabéticos foram solicitados para todos os usuários cadastrados, porém uma pequena parte não conseguiu realizá-los. No primeiro mês foram realizados exames para todos os 19 usuários com Diabetes cadastrados, porcentagem que atingiu 92% no segundo mês (46 de 50 diabéticos) e 87,4% no terceiro mês (118 de 135 diabéticos) (Gráfico 6).

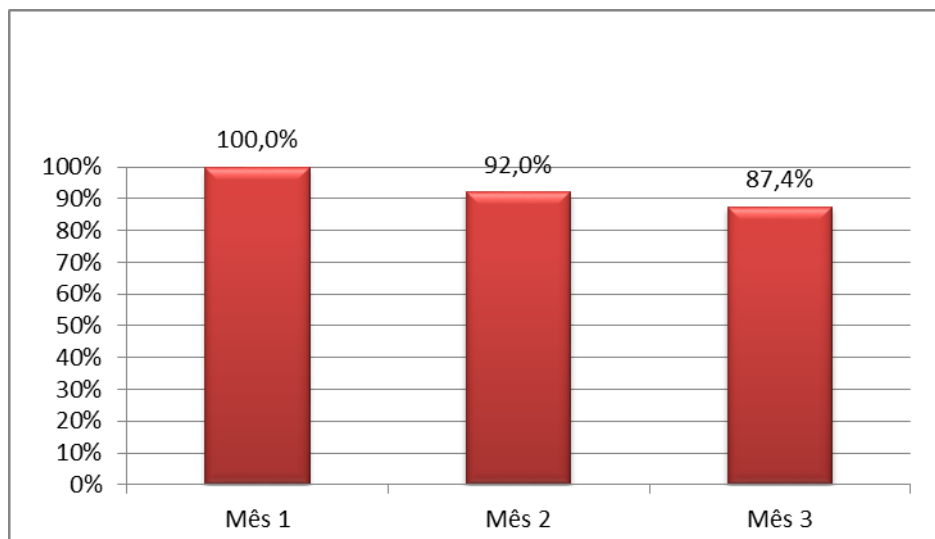


Gráfico 6. Proporção de diabéticos com exames complementares em dia na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015

Em relação a essa ação, o que mais contribuiu para o bom resultado obtido foi o esforço da Secretaria Municipal de Saúde para disponibilizar os exames laboratoriais essenciais (eletrocardiograma; dosagem de glicemia, colesterol total e suas frações, creatinina, Ureia, ácido úrico, potássio e realização da análise do sedimento urinário, RX de tórax), assim como o envolvimento da técnica de enfermagem e das agentes de saúde na tarefa de preencher e carimbar os pedidos.

No entanto, não foi possível garantir os exames para todos os pacientes da intervenção, em função das limitações financeiras da prefeitura e das dificuldades de alguns pacientes acamados para realizarem os exames, por não contarem com apoio de familiares ou responsáveis.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Em relação à meta de garantir a totalidade de prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS, nem todos os participantes do programa tiveram prescrição de medicamentos da lista da unidade ou da Farmácia Popular/Farmácia da UBS. No primeiro mês todos os 81 hipertensos cadastrados receberam essas prescrições (100%), no segundo mês 178 dos 190 hipertensos cadastrados receberam as prescrições (93,7%), e no terceiro mês, 390 dos 446

hipertensos cadastrados haviam recebido prescrições de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS (87,4%) (Gráfico 7).

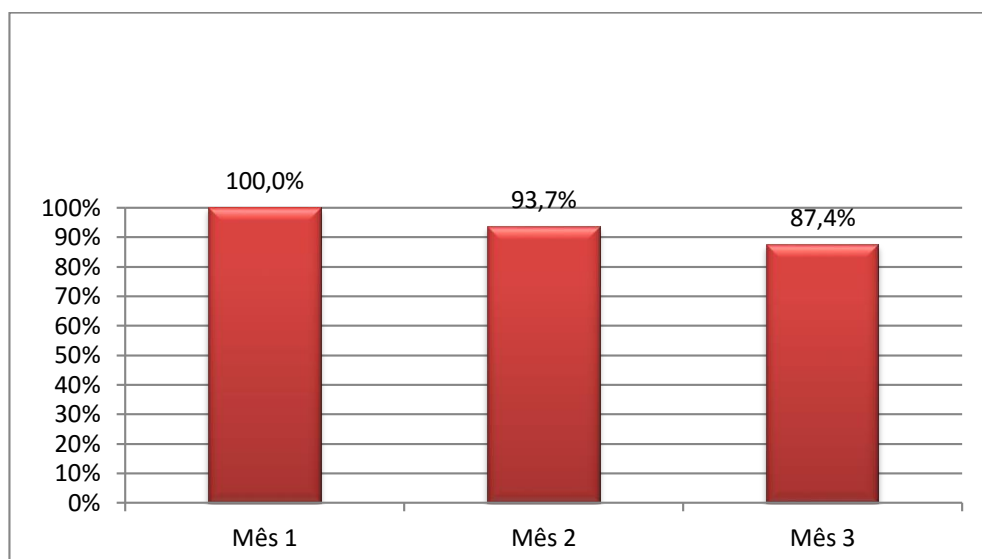


Gráfico 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Não conseguimos garantir 100 % da prescrição de medicamentos da Unidade ou da Farmácia Popular/Farmácia da UBS para todos os hipertensos, uma vez que alguns pacientes recebem atendimento em dois serviços, na UBS/ESF e em consultório privado, sendo que nestes foram prescritos medicamentos não disponíveis na Unidade ou na Farmácia Popular/Farmácia da UBS.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS para 100% dos Diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Em relação à meta de garantir a totalidade de prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS, não todos os participantes do programa portavam prescrição com medicamentos pertencentes à lista da Unidade ou da Farmácia Popular/Farmácia da UBS. No primeiro mês foram 19 de 19 diabéticos com essas prescrições (100%), no segundo mês foram 45 dos 50 diabéticos (90,0%), e, no terceiro mês 112 de 135 diabéticos (83,0%) haviam recebido prescrições de medicamentos disponíveis na Unidade ou na Farmácia Popular/Farmácia da UBS. (Gráfico 8).

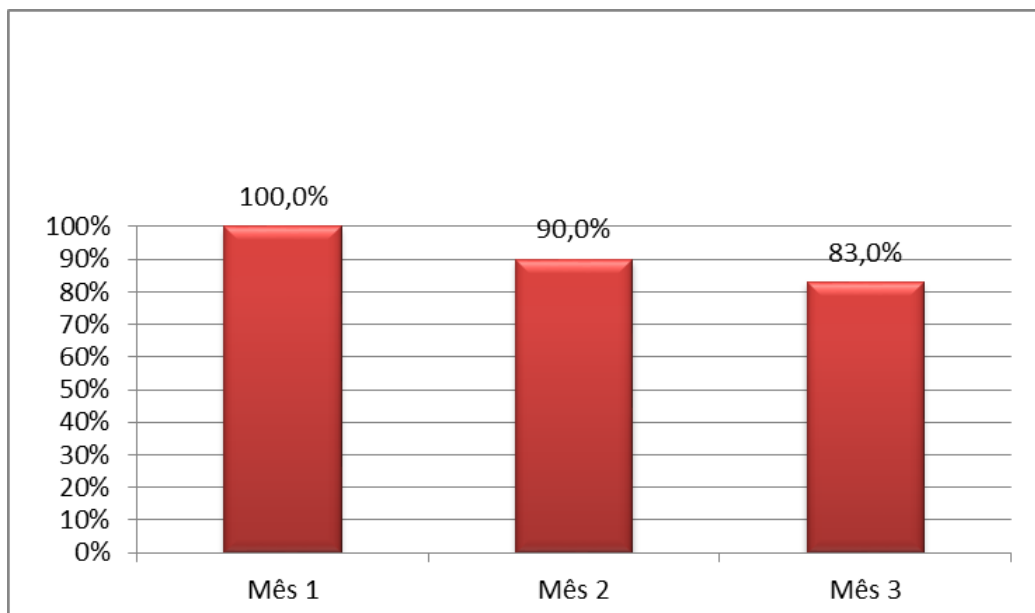


Gráfico 8. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Não conseguimos garantir 100 % da prescrição de medicamentos da Unidade ou da Farmácia Popular/Farmácia da UBS para todos os diabéticos cadastrados, uma vez que alguns pacientes recebem atendimento em dois serviços, na UBS/ESF e em consultório privado, sendo que nestes foram prescritos medicamentos não disponíveis na Unidade ou na Farmácia Popular/Farmácia da UBS.

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

Com relação a esta meta, no primeiro mês 81 dos 81 hipertensos cadastrados foram avaliados (100%), no segundo mês 188 dos 190 hipertensos foram avaliados (98,9%) e, no final do terceiro mês da intervenção, 441 dos 446 hipertensos cadastrados (98,9%) haviam sido avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico. Apenas 5 pacientes ficaram sem avaliação das necessidades de atendimento odontológico, representando 1,12% dos usuários hipertensos participantes na intervenção. (Gráfico 9). Essa ação foi possível através da participação da odontóloga de outra unidade, a UBS/ESF Rubosky, que também recebeu nossos usuários para tratamento odontológico.

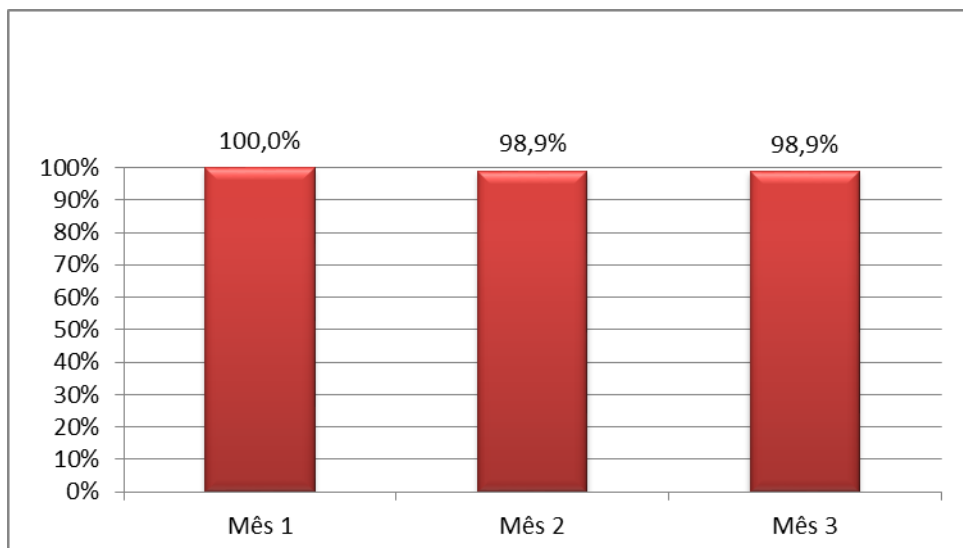


Gráfico 9. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

A maior dificuldade em relação à avaliação da necessidade de atendimento odontológica foi à falta do profissional odontológico na UBS. Com isso, nossos pacientes foram atendidos em outra UBS, com uma demanda crescente, o que dificultou a garantia de vagas para todos os atendimentos necessários. Também tivemos dificuldades com os pacientes acamados, especialmente alguns que moram sozinhos, para os quais não foi possível garantir os exames na Unidade.

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

Com relação a esta meta, no primeiro mês 19 dos 19 diabéticos cadastrados foram avaliados (100%), no segundo mês 49 dos 50 diabéticos cadastrados foram avaliados (98,0%) e, no final do terceiro mês da intervenção, 127 dos 135 diabéticos cadastrados (98,9%) haviam sido avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico (Gráfico10). Apenas 8 pacientes ficaram sem avaliação das necessidades de atendimento odontológico, representando 5,9 % dos usuários diabéticos participantes na intervenção. Essa ação foi possível através da participação da odontóloga de outra unidade, a UBS/ESF Rubosky, que também recebeu nossos usuários para tratamento odontológico.

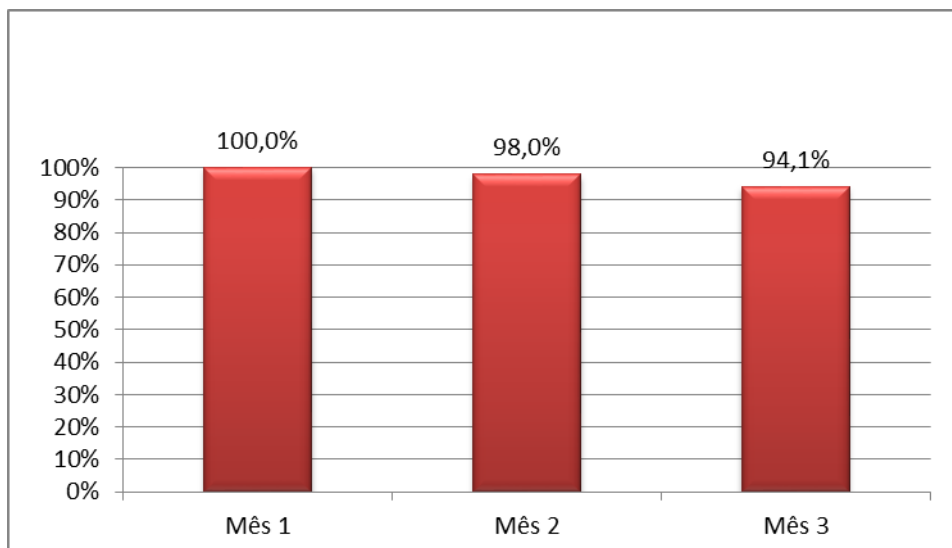


Gráfico 10. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

A maior dificuldade em relação à avaliação da necessidade de atendimento odontológica foi à falta do profissional odontológico na UBS. Com isso, nossos pacientes foram atendidos em outra UBS, com uma demanda crescente, o que dificultou a garantia de vagas para todos os atendimentos necessários. Também tivemos dificuldades com os pacientes acamados, especialmente alguns que moram sozinhos, para os quais não foi possível garantir os exames na Unidade.

Objetivo 3- Melhorar a adesão ao programa

Meta 3.1 Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde.

Conseguimos realizar a busca ativa de 100 % de todos os pacientes hipertensos faltosos às consultas nos meses 2 e 3. No primeiro mês não tivemos faltoso, no segundo mês tivemos 13 hipertensos faltosos às consultas, e realizamos a busca dos 13 hipertensos faltosos (100%), e no terceiro mês tivemos 94 hipertensos faltosos à consulta, e realizamos a busca dos 94 hipertensos faltosos (100%) (Gráfico 11).

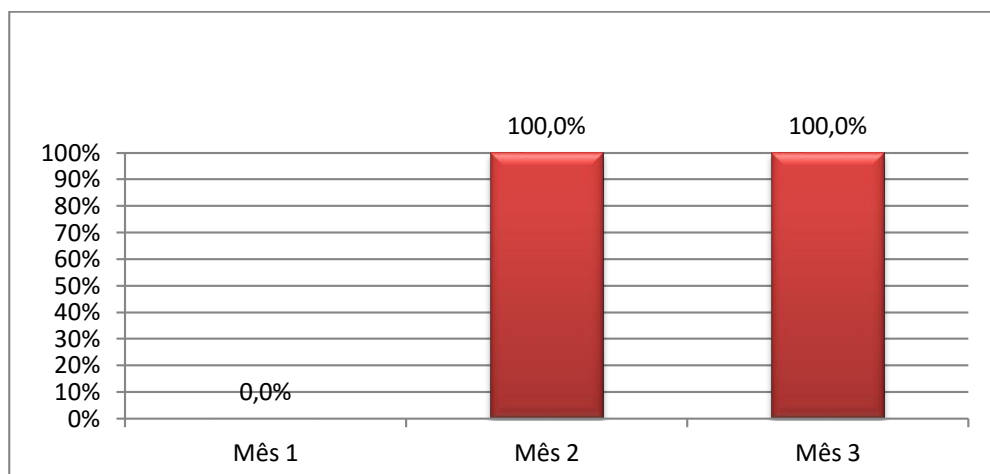


Gráfico 11. Proporção de Hipertensos Faltosos as consultas com Busca Ativa na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Para o cumprimento dessa meta, foi fundamental o envolvimento dos ACS na tarefa de resgatar os pacientes que estavam com seu acompanhamento comprometido por ausências. Considero também que foi importante a manutenção da estabilidade da equipe na UBS (mesmo estando incompleta), assim como a boa organização da agenda de visitas domiciliares pelas agentes comunitárias de saúde, o apoio da secretaria de saúde com o transporte e o envolvimento do nosso motorista, também bastante motivado com a intervenção realizada pela Unidade junto aos portadores de HAS e DM.

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

Conseguimos realizar a busca ativa de 100 % de todos os pacientes diabéticos faltosos às consultas nos meses 2 e 3. No primeiro mês não tivemos faltosos, no segundo mês tivemos 4 pacientes faltosos às consultas, e realizamos a busca dos 4 (100%), e no terceiro mês tivemos 25 diabéticos faltosos às consultas, e realizamos a busca de todos eles (100%) (Gráfico 12).

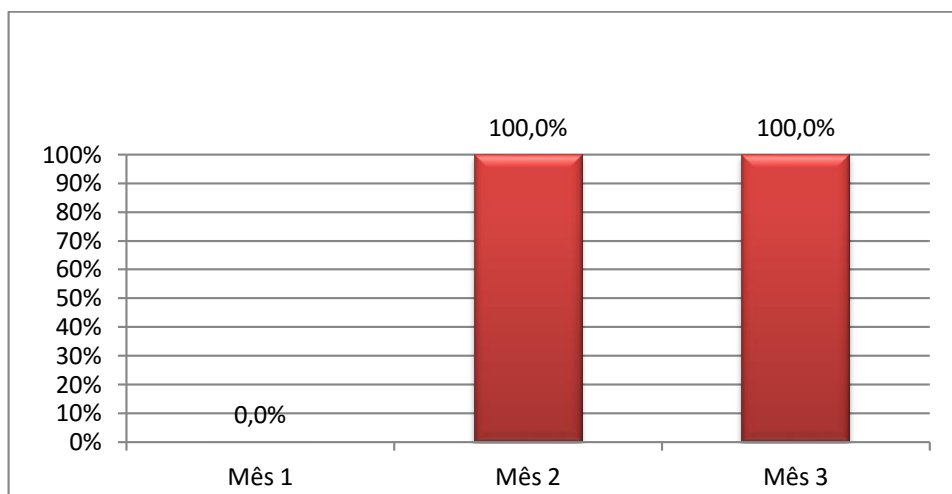


Gráfico 12. Proporção de Diabéticos faltosos à consulta com Busca ativa na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Para o cumprimento dessa meta foi fundamental o envolvimento dos ACS na tarefa de resgatar os pacientes que estavam com seu acompanhamento comprometido por ausências. Considero também que foi importante a manutenção da estabilidade da equipe na UBS (mesmo estando incompleta), assim como a boa organização da agenda de visitas domiciliares pelas agentes comunitárias de saúde, o apoio da secretaria de saúde com o transporte e o envolvimento do nosso motorista, também bastante motivado com a intervenção realizada pela Unidade junto aos portadores de HAS e DM.

Objetivo 4- Melhorar o registro das informações da unidade de saúde:

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

Em relação a esta meta de ter o 100% dos hipertensos com registro de acompanhamento em dia, alcançamos em 91,7% dos pacientes hipertensos. No primeiro mês todos os 81 hipertensos acompanhados, estavam com suas fichas devidamente preenchidas (100%), mas no segundo mês tínhamos 182 dos 190 pacientes com fichas preenchidas (95,8%), e, ao final do terceiro mês da intervenção, 409 dos 446 hipertensos cadastrados estavam com suas fichas devidamente preenchidas (91,7%). (Gráfico 13).

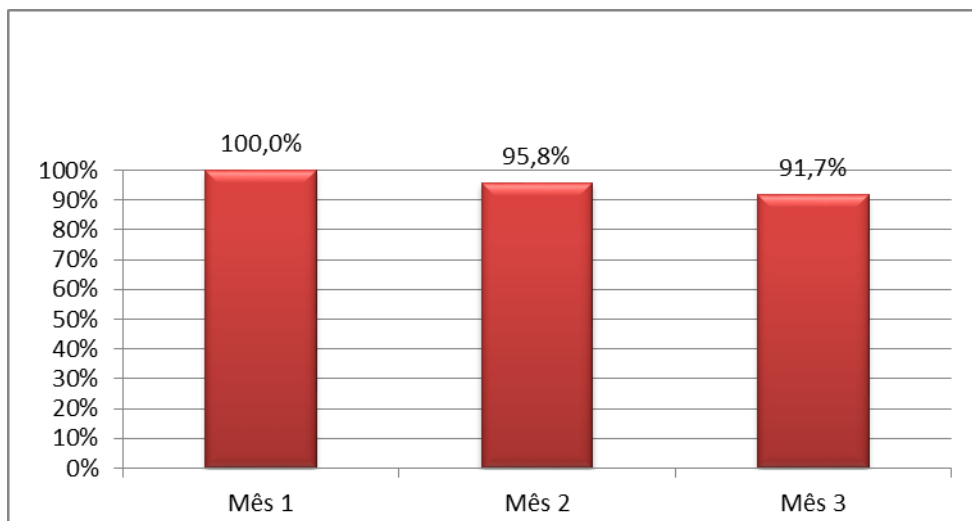


Gráfico 13. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Nos três meses da intervenção não conseguimos preencher todas as fichas de acompanhamentos dos hipertensos e diabéticos adequadamente, por não contarmos com o tempo necessário, o que impediu o pleno cumprimento da meta. Ao longo da intervenção tivemos, inicialmente, uma epidemia da dengue, e em seguida, com a chegada do inverno, um surto de doenças respiratórias. Para conseguirmos os resultados, mesmo sem atingir a meta, tivemos a contribuição da secretaria de saúde e da escola da comunidade, as quais nos ajudaram na impressão dos instrumentos de registro. Contribuiu também a ajuda de toda a equipe para preencher os registros e as fichas espelhos dos pacientes, inclusive nas visitas domiciliares. Foi fundamental também a capacitação realizada com a equipe sobre os preenchimentos das planilhas de coleta de dados e fichas de acompanhamentos dos usuários.

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

Em relação a esta meta de ter o 100% dos diabéticos com registro de acompanhamento em dia, alcançamos em 90,4% dos pacientes diabéticos. No primeiro mês todos os 19 diabéticos acompanhados, estavam com suas fichas devidamente preenchidas (100%), mas no segundo mês tínhamos 47 dos 50 pacientes com fichas preenchidas (94,0%), e ao final do terceiro mês da intervenção,

122 dos 135 diabéticos cadastrados estavam com suas fichas devidamente preenchidas (90,4%) (Gráfico 14).

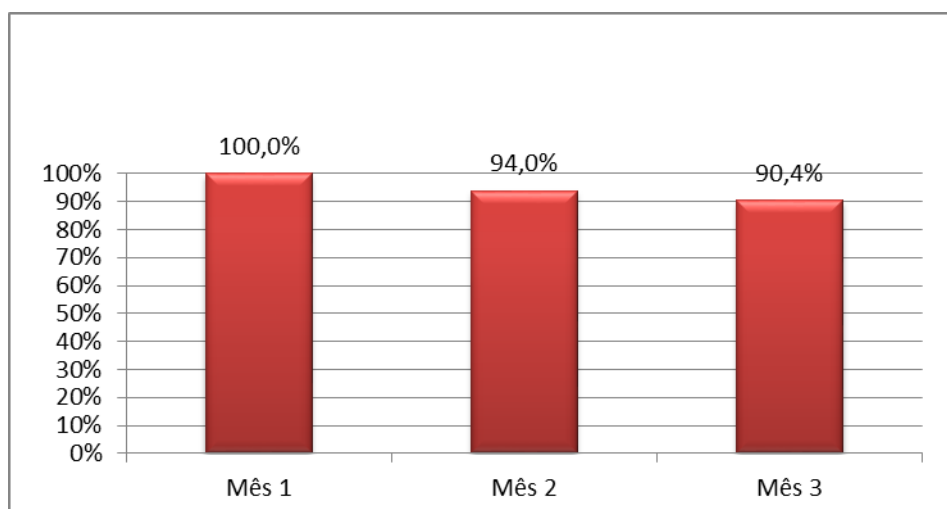


Gráfico 14. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Nos três meses da intervenção não conseguimos preencher todas as fichas de acompanhamentos dos usuários hipertensos e diabéticos adequadamente, por não contarmos com o tempo necessário. Ao longo da intervenção tivemos, inicialmente, uma epidemia da dengue, e em seguida, com a chegada do inverno, um surto de doenças respiratórias. Para conseguirmos os resultados, mesmo sem atingir a meta, tivemos a contribuição da secretaria de saúde e da escola da comunidade, as quais nos ajudaram na impressão dos instrumentos de registro. Contribuiu também a ajuda de toda a equipe para preencher os registros e as fichas espelhos dos pacientes, inclusive nas visitas domiciliares. Foi fundamental também a capacitação realizada com a equipe sobre os preenchimentos das planilhas de coleta de dados e fichas de acompanhamentos dos usuários.

Objetivo 5. Mapear Hipertensos e Diabéticos de risco para doença cardiovascular:

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

Durante os 3 meses da intervenção, 442(99,1%) dos hipertensos passaram pela estratificação de risco. No primeiro mês conseguimos realizar a estratificação de risco cardiovascular para 80 dos 81 hipertensos cadastrados (98%), no segundo mês para 187 dos 190 hipertensos cadastrados (98,4%), e, ao final do terceiro mês da intervenção, a estratificação de risco cardiovascular havia sido realizada para 442 dos 446 hipertensos cadastrados (99,1%). (Gráfico 15). Restaram, portanto, apenas 4 pacientes sem avaliação (0,89%).

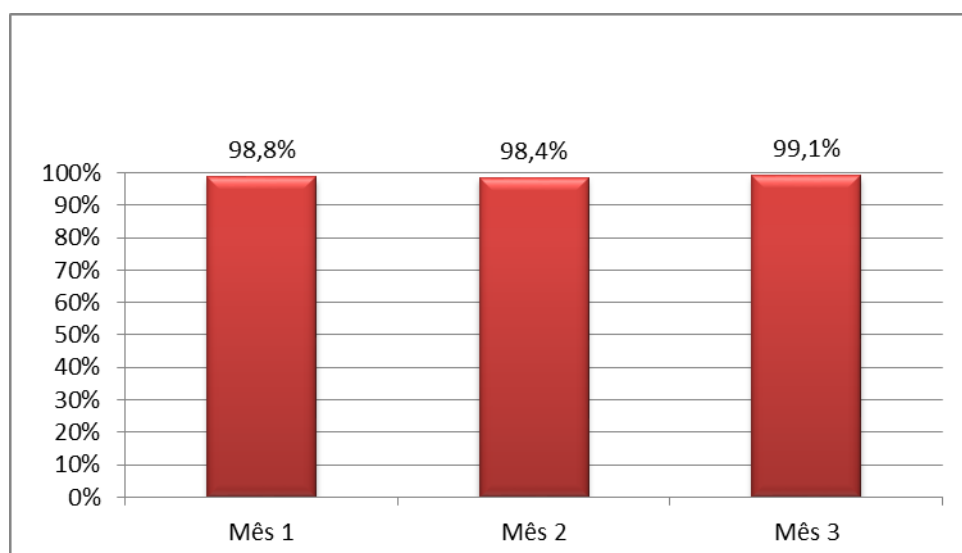


Gráfico 15. Proporção de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Mesmo não conseguindo realizar essa atividade para 100% dos cadastrados, avaliamos que nosso resultado foi positivo. Este resultado foi obtido através do acompanhamento contínuo dos hipertensos, com a realização das visitas domiciliares e com a persistência da equipe para a realização dos exames. Os 4 usuários não avaliados foram acamados sem participação da família nos exames e avaliações.

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

Durante os 3 meses da intervenção, 127 (99,1%) dos diabéticos passaram pela estratificação de risco. No primeiro mês conseguimos realizar a estratificação de risco cardiovascular para 18 dos 19 diabéticos cadastrados (94,7%), no segundo mês para 48 dos 50 diabéticos cadastrados (96,0%), e, ao final do terceiro mês da

intervenção, a estratificação de risco cardiovascular havia sido realizada para 127 dos 135 diabéticos cadastrados (94,1%). (Gráfico 16). Restaram, portanto, apenas 8 pacientes sem avaliação (0,89%).

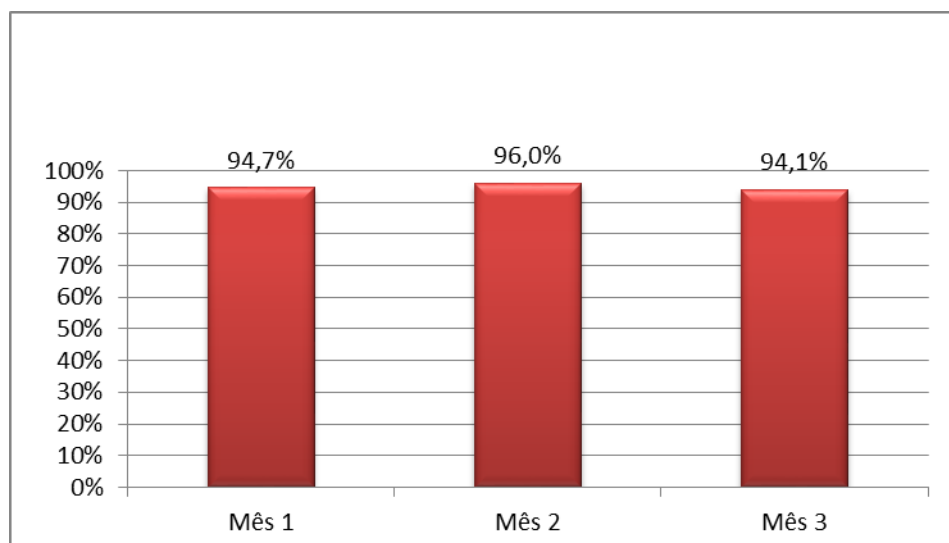


Gráfico 16. Proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Este resultado foi obtido através do acompanhamento contínuo dos hipertensos, com a realização das visitas domiciliares e com a persistência da equipe para a realização dos exames. Os 8 usuários não avaliados foram acamados sem participação da família nos exames e avaliações.

Objetivo 6: Promoção à saúde dos usuários:

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

As orientações em relação orientação nutricionais sobre alimentação saudável foram prestadas para 444 dos 446 hipertensos cadastrados (99,6%) seja no momento da consulta de maneira privada e respeitando as particularidades de cada um, ou de maneira coletiva nas palestras realizadas antes das consultas do dia, nas atividades de grupos, e nas visitas domiciliar. No primeiro mês receberam essas orientações 79 dos 81 cadastrados (97,5%), no segundo mês 188 dos 190 cadastrados (98,9%), e, no terceiro mês, 444 dos 446 cadastrados (99,6%). Apenas

usuários não receberam orientação nutricional, o que equivale a 0,8% dos pacientes participantes da intervenção (Gráfico 17).

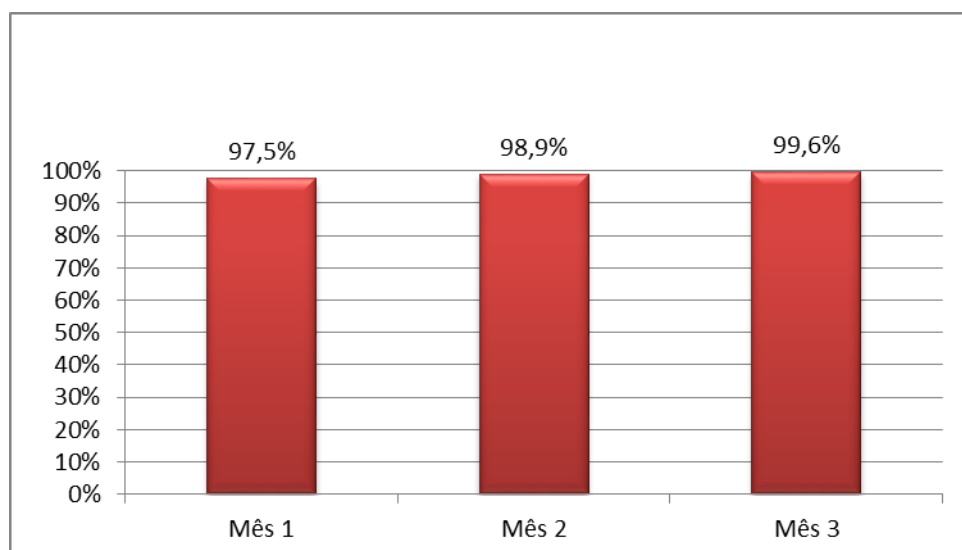


Gráfico 17. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

As metas foram atingidas integralmente em todos os meses da intervenção. Os 2 (0,8%) pacientes para os quais não conseguimos oferecer a orientação nutricional são idosos com demências, que não tiveram acompanhantes presentes nos momentos das visitas domiciliares.

As palestras realizadas pela nutricionista da secretaria de saúde no micro áreas da UBS, assim como as realizadas durante as atividades de acolhimento, contribuíram bastante para o alcance destas metas.

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

As orientações em relação orientação nutricionais sobre alimentação saudável foram prestadas para 135 dos 135 diabéticos cadastrados (100%) seja no momento da consulta de maneira privada e respeitando as particularidades de cada um, ou de maneira coletiva nas palestras realizadas antes das consultas do dia, nas atividades de grupos, e nas visitas domiciliar. No primeiro mês receberam essas orientações 19 dos 19 cadastrados (100%), no segundo mês 50 dos 50 cadastrados (100%), e, no terceiro mês, 135 dos 135 cadastrados (100%) (Gráfico 18).

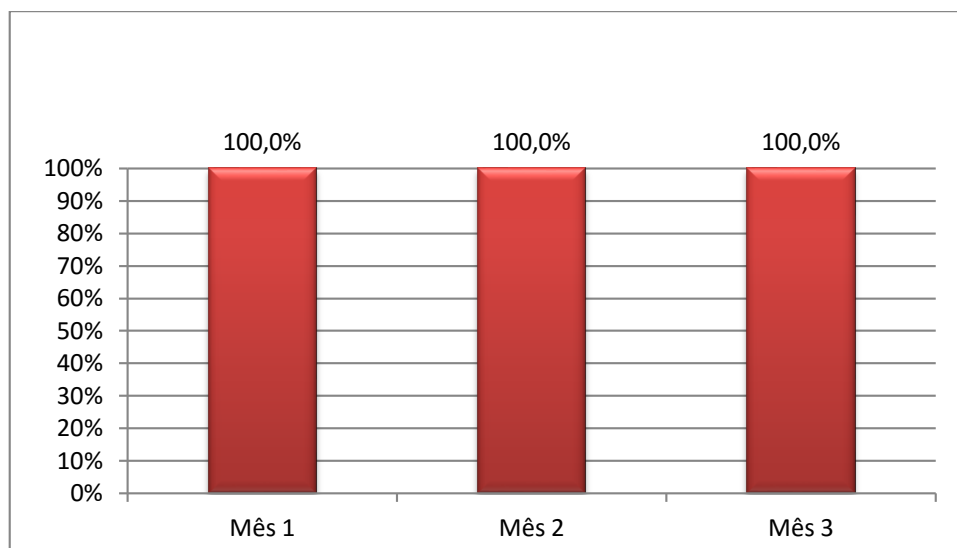


Gráfico 18. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

As propostas foram atingidas integralmente em todos os meses da intervenção. As palestras realizadas pela nutricionista da secretaria de saúde no micro áreas da UBS, assim como as realizadas durante o acolhimento aos pacientes contribuíram bastante para o alcance destas metas.

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

As orientações em relação a práticas de atividades físicas regular foram realizadas também para 446(100%) dos hipertensos. No primeiro mês, as orientações em relação a pratica de atividades físicas regular foram realizadas também para 81 dos 81 hipertensos cadastrados (100%), no segundo mês para 190 dos 190 hipertensos cadastrados (100%), aí final do terceiro mês da intervenção, 445 dos 446 hipertensos cadastrados haviam sido orientados quanto à prática de atividades físicas (99,8%). (Gráfico 19). Apenas 1 hipertenso ficou sem essas orientações, por tratar-se de um usuário acamado com sequela de AVC (Acidente Vascular Encefálico), que não apresenta condições para realizar exercícios físicos, mas realiza fisioterapia.

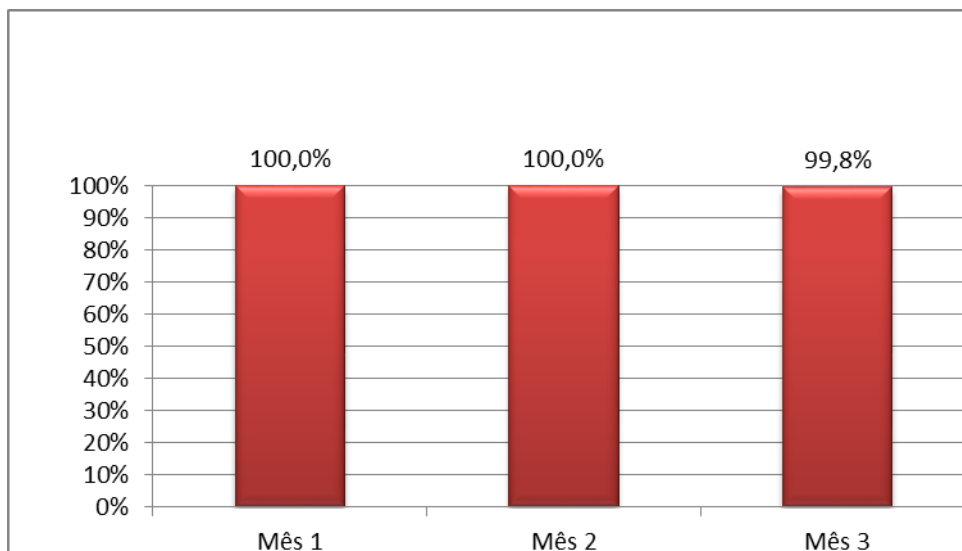


Gráfico 19. Proporção de hipertensos com orientação em relação à prática regular de atividade física na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Esta meta foi alcançada com a contribuição de toda a equipe prestando orientações aos usuários em atividades como acolhimentos, consultas médicas, visitas domiciliares, atividades de grupos e caminhadas.

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

As orientações em relação a práticas de atividades físicas regular foram realizadas também para 135(100%) dos diabéticos. No primeiro mês, as orientações em relação a pratica de atividades físicas regular foram realizadas para 19 dos 19 diabéticos cadastrados (100%), no segundo mês para 50 dos 50 diabéticos cadastrados (100%), e no terceiro mês da intervenção, 135 dos 135 diabéticos cadastrados haviam sido orientados quanto à prática de atividades físicas (100%) (Gráfico 20).

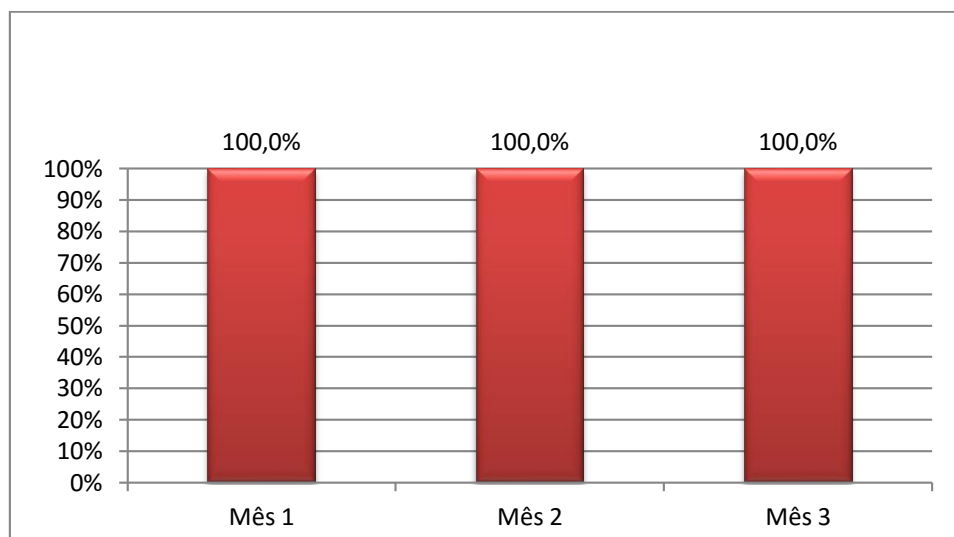


Gráfico 20. Proporção de diabéticos com orientação em relação à prática regular de atividade física na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Esta meta foi alcançada com a contribuição de toda a equipe prestando orientações aos usuários em atividades como acolhimentos, consultas médicas, visitas domiciliares, atividades de grupos e caminhadas.

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

As orientações em relação aos riscos do tabagismo foram realizadas também para 446(100%) dos hipertensos. No primeiro mês, as orientações em relação aos riscos do tabagismo foram prestadas para 81 dos 81 hipertensos cadastrados (100%), no segundo mês para 190 dos 190 cadastrados (100%) e, ao final do terceiro mês da intervenção, 445 dos 446 hipertensos cadastrados (99,8%) haviam sido orientados quanto a esses aspectos. (Gráfico 20). Apenas 1 hipertenso não recebeu essas orientações sobre os riscos do tabagismo, sendo que o mesmo é um usuário acamado por um ACV, com sequelas que o impedem de compreender essas orientações. (Gráfico 21).

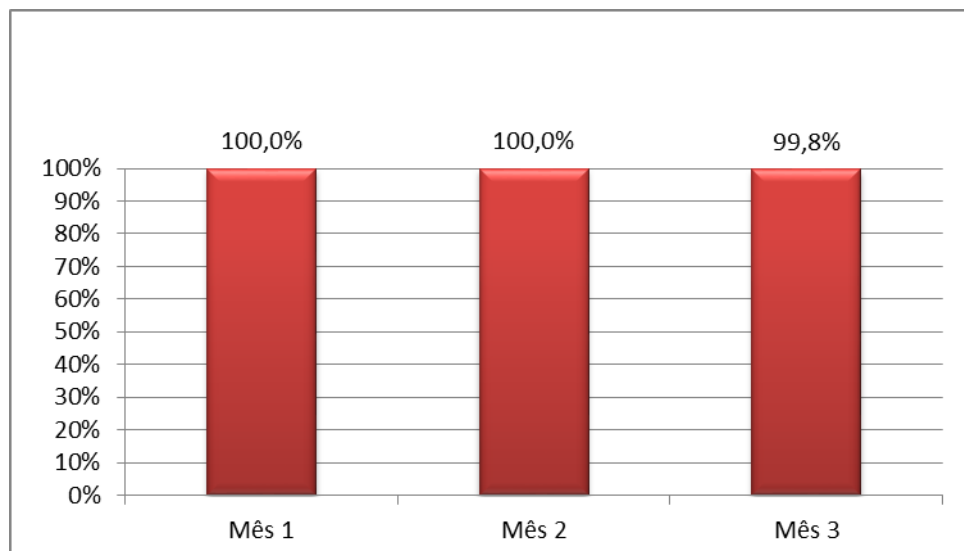


Gráfico 21. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Toda a equipe contribui para conseguir estes resultados, através dos acolhimentos, consultas médicas, visitas domiciliares e atividades de grupos, além dos painéis colocados na UBS e na comunidade sobre os danos provocados pelo fumo.

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

As orientações em relação aos riscos do tabagismo foram realizadas também para 135(100%) dos diabéticos. No primeiro mês, as orientações em relação aos riscos do tabagismo foram prestadas para 19 dos 19 hipertensos cadastrados (100%), no segundo mês para 50 dos 50 cadastrados (100%) e, ao final do terceiro mês da intervenção, 135 dos 135 diabéticos cadastrados (100%) haviam sido orientados quanto a esses aspectos. (Gráfico 22).

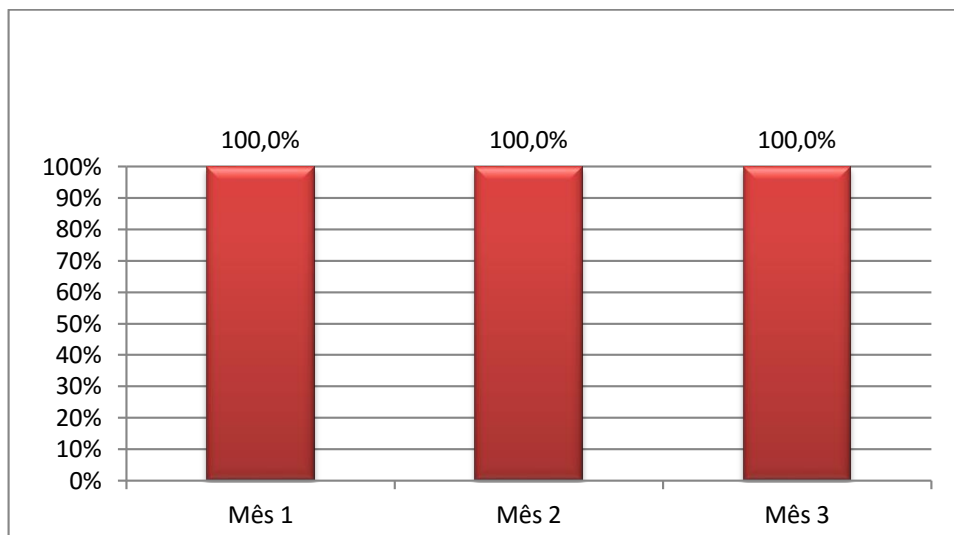


Gráfico 22. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Toda a equipe contribuiu para conseguir estes resultados, através dos acolhimentos, consultas médicas, visitas domiciliares e atividades de grupos, além dois painéis colocados na UBS e na comunidade sobre os danos provocados pelo fumo.

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

As orientações em relação a higiene bucal, foram realizadas para 445 de 446 hipertensos cadastrados durante a intervenção para um 99,8%. No primeiro mês 81 dos 81 hipertensos cadastrados receberam orientações sobre higiene bucal (100%), no segundo mês 190 dos 190 cadastrados também as receberam, enquanto no final do terceiro mês da intervenção 445 dos 446 hipertensos cadastrados haviam recebido essas orientações (100%) (Gráfico 23).

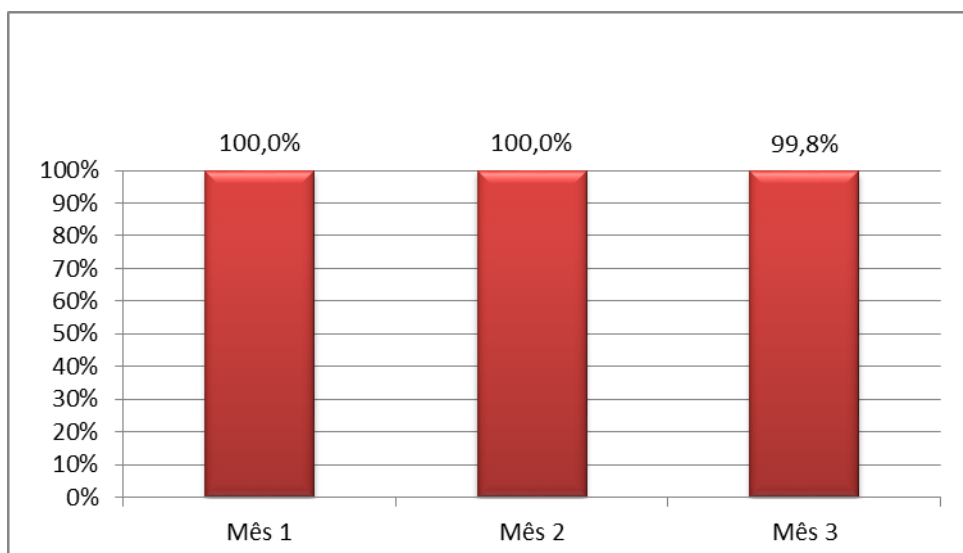


Gráfico 23. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015.

Conseguimos atingir esta meta no transcurso de toda a intervenção, com a participação de toda a equipe incluindo as agentes comunitárias de saúde, a técnica de enfermagem e eu, como médica da UBS, que prestamos orientações nas consultas médicas e nas visitas domiciliares, e também fizemos atividades educativas orientando a população quanto a manter uma adequada higiene bucal, escovar os dentes corretamente, e a importância de ter um seguimento continuado com o odontólogo. Não conseguimos atingir a meta de 100% por termos um paciente que, em decorrência de um ACV, não consegue compreender as orientações. Como não havia acompanhante nos momentos de visita domiciliar, consideramos que o mesmo não recebeu orientações.

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

As orientações em relação à higiene bucal foram realizadas também para 135(100%) dos diabéticos. No primeiro mês 19 dos 19 diabéticos cadastrados receberam orientações sobre higiene bucal (100%), no segundo mês 50 dos 50 cadastrados também as receberam, enquanto no final do terceiro mês da intervenção 135 dos 135 diabéticos cadastrados haviam recebido essas orientações (100%). (Gráfico 24).

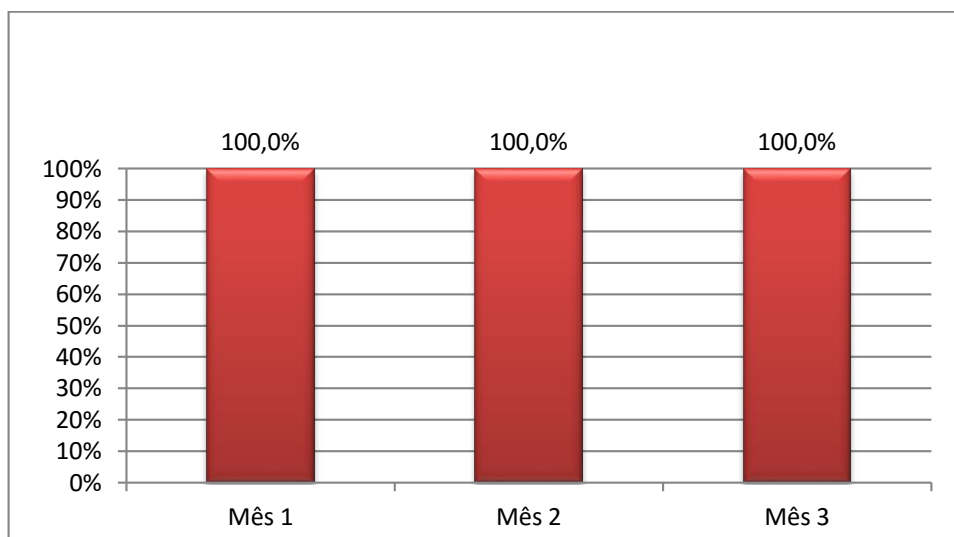


Gráfico 24. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal na UBS Dido, Santo Ângelo/RS. Abril a junho de 2015. Fonte: Planilha de Coleta de Dados, 2015

Conseguimos atingir esta meta no transcurso de toda a intervenção, com a participação de toda a equipe incluindo as agentes comunitárias de saúde, a técnica de enfermagem e eu, como médica da UBS, que prestamos orientações nas consultas médicas e nas visitas domiciliares, e também fizemos atividades educativas orientando a população quanto a manter uma adequada higiene bucal, escovar os dentes corretamente, e a importância de ter um seguimento continuado com o odontólogo.

4.2 Discussão

Com o desenvolvimento da intervenção focada na melhoria da atenção aos usuários portadores de HAS e DM na UBS Dido, primeiramente conseguimos concluir o mapeamento do território da UBS, que estava incompleto. Simultaneamente, conseguimos cadastrar 85% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência, através da busca ativa desses usuários, assim como organizar a busca ativa de usuários faltosos às consultas. Superando a precariedade do trabalho de monitoramento e avaliação até então desenvolvido pela Unidade, pudemos definir e utilizar indicadores de cobertura e qualidade para a avaliação dessa ação programática, o que possibilitou aos profissionais disporem de informações mais objetivas sobre seu trabalho e ao serviço, além monitorar os cuidados que oferecendo

aos seus usuários. A utilização dos indicadores contribuiu também para uma melhora significativa dos registros do trabalho realizado pela equipe de saúde. Conseguimos melhorar a qualidade da atenção aos pacientes cadastrados, realizando uma avaliação clínica completa, com o apoio de exames complementares, assim como a estratificação do risco cardiovascular para o seguimento adequado dos usuários portadores de HAS e/ou DM. Garantimos que a grande maioria dos usuários tivesse acesso aos medicamentos fornecidos pela UBS e pela Farmácia Popular/Farmácia da UBS, e que muitos deles passassem por avaliação de saúde bucal ampliando a cobertura de atendimentos nessa área. Como consequência da oferta de tantos cuidados articulados, houve uma melhoria expressiva da adesão da comunidade à UBS e ao Programa de Atenção a Hipertensos e Diabéticos, especialmente às novas atividades de promoção de saúde e prevenção das doenças, o que nos permitiu fomentar hábitos e estilos de vida saudáveis, combatendo fatores de riscos como o tabagismo, o alcoolismo e o sedentarismo.

No âmbito da equipe de saúde, a intervenção promoveu a revisão das atribuições dos vários profissionais e a integração entre os processos de trabalho, o que impactou na melhoria do trabalho em equipe, especialmente nas atividades de acolhimento aos usuários e nas atividades coletivas realizadas na comunidade. O acolhimento passou a ser valorizado pelos profissionais, como ferramenta fundamental para o acesso e avaliação inicial da situação de saúde dos usuários. Outro ganho para a Equipe foi o aumento dos seus conhecimentos acerca da hipertensão e do diabetes, assim como dos protocolos do Ministério da Saúde para o acompanhamento dos portadores dessas condições crônicas.

Organizamos a agenda da unidade e o cronograma de visitas domiciliares com a participação de toda a equipe, conciliando essas atividades com os atendimentos à demanda espontânea, de modo que a realização da intervenção ocorreu sem qualquer prejuízo às demais atividades da UBS. A equipe passou a conhecer melhor a comunidade, as necessidades de saúde, conseguindo assim captar melhor os fatores de riscos a que as famílias estão submetidas, o que contribuiu para qualificar o trabalho da equipe junto à comunidade e melhorar as relações entre trabalhadores e usuários.

Para a comunidade, a intervenção representou uma melhoria do acesso à saúde, de uma forma gratuita e com equidade e qualidade, o que representou um passo muito importante na história da Unidade, já que pela primeira vez foi realizado

um trabalho de intervenção tão próximo da comunidade. Conseguimos, assim, propiciar avaliação e acompanhamento com qualidade a todos os diabéticos e hipertensos residentes na área de responsabilidade da UBS, Novos conhecimentos foram incorporados pelos usuários hipertensos e/ou diabéticos e pela comunidade, a qual ficou satisfeita com a intervenção e com nosso trabalho. Acredito que a intervenção representou para a comunidade a segurança de que a equipe de saúde está preocupada e comprometida com sua saúde, disposta a contribuir para que todos possam viver com qualidade, mesmo portando doenças crônicas.

Caso eu fosse iniciar a Intervenção neste momento investiria mais tempo e atenção à discussão prévia com a comunidade sobre as ações a serem desenvolvidas e a forma de implementação das mesmas, considerando a importância da família como célula fundamental da sociedade e seu papel na promoção da saúde dos indivíduos e da comunidade. Ouviria a opinião de toda a comunidade e faria eventuais ajustes, preservando os objetivos e valorizando a importância desta intervenção.

Também daria maior ênfase à apresentação do projeto ao gestor municipal e ao pessoal da prefeitura, procurando demonstrar a importância da intervenção para a comunidade, e as possibilidades que se abririam para sua ampliação para todo município.

Quanto às perspectivas para o presente e para o futuro, considero que o principal passo já está dado, que é a integração da equipe e a organização dos serviços. Considero que temos agora mais experiência, e estamos mais bem preparados para enfrentar as dificuldades.

Os próximos passos para melhorar atenção à saúde no serviço deveriam contemplar a complementação da equipe incluindo a equipe de saúde bucal e os ACS. Entendo que a Unidade deve implementar o programa de prevenção e controle de câncer de colo de útero e mama, visando qualificar os cuidados com a saúde da mulher, desenvolvendo-o simultaneamente às programações já consolidadas junto aos portadores de HAS e DM.

4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores

Ao Dr. Andrés Kissel

DD Secretário de Saúde do Município Santo Ângelo

Prezado Gestor:

Sou a Dra. Midiala Vega Fiol, Médica, e trabalho na UBS Dido, contratada por meio do Programa Mais Médico para o Brasil. A Equipe dessa Unidade realizou um trabalho de intervenção em Atenção Básica, cuja população alvo forem as pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, residentes na área da UBS. Nosso objetivo principal foi melhorar o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos da área, adotando como Protocolos os Cadernos de Atenção Básica do Ministério de Saúde sobre essas doenças. A intervenção foi realizada no período de três meses, em conjunto com a comunidade. A escolha desta população alvo deu-se em função da relevância epidemiológica das Doenças Crônicas, que devem e podem ser prevenidas e controladas. Com a intervenção, conseguimos avaliar, acompanhar e monitorar todos os participantes, além de melhorar a qualidade dos registros e estabelecer uma sistemática de monitoramento e avaliação do trabalho desenvolvido. Realizamos capacitações dos profissionais da equipe de saúde, o que foi fundamental para a realização da intervenção.

Toda a equipe participou do monitoramento dos registros de usuários hipertensos e diabéticos, e o sistema de registro viabilizou identificar usuários com atraso nas consultas de acompanhamento, na realização de exames complementares e na estratificação de risco cardiovascular. Nas reuniões semanais da equipe realizamos o monitoramento das ações realizadas, e os dados contidos nas fichas foram sendo digitados na planilha eletrônica de coleta de dados pelo médico da equipe. Cadastrando todos os usuários hipertensos e diabéticos com mais de 20 anos de idade residentes na área de abrangência, totalizando 446 usuários hipertensos e 135 diabéticos.

Dos 446 usuários hipertensos, 390 (87,4) tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS, enquanto, dos 135 usuários diabéticos, só 112 (83,0%) tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Farmácia da UBS. Também foi garantida a avaliação e o atendimento odontológico a uma parte dos usuários da área o qual foi um avanço alcançado com a intervenção, já que como é de conhecimento da gestão, não contamos com a equipe

de saúde bucal. O resultado que foi obtido em quanto acompanhamento de saúde bucal só foi possível devido à parceria com outra UBS da Rubosky.

Realizamos busca ativa de todos os usuários hipertensos e diabéticos da área que estavam faltosos as consultas, foram realizadas a estratificação do risco cardiovascular para o seguimento de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

Foram realizadas atividades de educação em saúde nas consultas, nas visitas domiciliares e atividades de grupos com usuários hipertensos e/ou diabéticos. Conseguimos garantir as atividades de orientação nutricional, sobre alimentação saudável, assim como a importância da realização de atividades físicas, os danos do tabagismo, orientação sobre higiene bucal.

A Secretaria de Saúde garantiu a impressão dos documentos e outros materiais que precisamos para a realização da intervenção, assegurando transporte para irmos aos domicílios dos usuários que precisavam da consulta clínica e avaliação. Com o apoio da gestão, foi possível propiciar atendimentos com cardiologistas e outros especialistas. Um aspecto que dificultou nosso trabalho, para o qual solicitamos sua atenção, foi a falta de 4 ACS de uma equipe de saúde bucal, cuja contratação será fundamental para a continuidade do nosso trabalho junto à população.

Temos como metas continuar com nosso trabalho com os usuários hipertensos e diabéticos, e também reorganizar outros programas da Atenção Primária de Saúde, tais como atenção à saúde do idoso, da criança, do homem, da mulher (pré-natal, puerpério), do adolescente. Pretendemos melhorar, com o apoio dos gestores, a qualidade de vida dos moradores da nossa área de atuação, prestando uma atenção à saúde qualificada e humanizada. Contamos também com o apoio da gestão para realizarmos parcerias com serviços relacionados à educação, entidades religiosas, e entidades geradoras de emprego, ampliando assim as intervenções de saúde. .

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade

À Comunidade DIDO,

Aos Presidentes de bairros, clubes de mães, instituições religiosas, e, em especial, para todos os usuários da Unidade Básica de Saúde Dido.

Sou a Dra. Midiala Vega Fiol, médica de família da UBS Dido, contratada através do programa Mais Médico para o Brasil. Em conjunto a equipe de saúde realizou, um Projeto de Intervenção direcionado aos hipertensos e/ou diabéticos que moram na área de abrangência da UBS Dido. Atuamos em conjunto com os principais líderes da comunidade e com os gestores do município, e, agora, escrevo este Relatório para compartilhar com vocês os resultados desse trabalho.

Para a realização do Projeto, elaboramos um cronograma de atividades, com uma lista de ações que precisávamos realizar para melhorar a saúde dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Começamos cadastrando esses usuários, para então avaliarmos sua saúde e realizarmos os acompanhamentos necessários, com consultas, exames, entrega de medicamentos, e orientações sobre a importância de realizar exercícios físicos, a necessidade de comparecer às consultas na UBS, de cuidar da saúde bucal e os danos provocados pelo tabagismo, entre outras atividades. Para isso fizemos atividades de capacitação para os profissionais que trabalham na UBS, orientando-os para que prestassem todos esses cuidados para a população, com muita qualidade.

Com a realização das ações, chegamos ao final do terceiro mês com 446 hipertensos e 135 diabéticos da comunidade cadastrados. Aqueles usuários que não conseguiam chegar até o serviço de saúde foram atendidos nas próprias residências, em consultas agendadas pelas Agentes Comunitárias de Saúde. Entre esses, estavam os idosos acamados e com dificuldades para se deslocarem à Unidade de Saúde. Realizamos a avaliação do risco cardiovascular para todos os cadastrados, para classificá-los e tratá-los de acordo com as suas necessidades. Os que necessitavam de avaliação pelo cardiologista foram encaminhados e atendidos. Todos receberam atendimento clínico adequado e foram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, já que, mesmo sem termos dentistas na nossa Unidade, garantimos essa avaliação com a ajuda da UBS Rubosky, a mais próxima do nosso bairro com esse profissional. Todos os hipertensos e diabéticos puderam realizar os exames que necessitavam pelo SUS, o que foi garantido pela

Secretaria de Saúde do Município. Os medicamentos foram fornecidos na Unidade de Saúde ou na Farmácia Popular/Farmácia da UBS do Município.

Conseguimos prestar orientações nutricionais para os cadastrados, para suas famílias e também para a comunidade, além de orientações sobre a prática regular de exercícios físicos, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal adequada. E também realizamos atividades de caminhada na comunidade.

Contamos com o apoio dos principais líderes da comunidade, os quais tiveram participação em várias atividades da intervenção, incluindo um papel fundamental na divulgação do projeto para a população. Todas essas ações foram incorporadas à rotina da unidade, o que poderá beneficiar um número ainda maior de usuários.

O principal ganho que obtivemos com a intervenção, além dos resultados obtidos na mesma, foi à adesão dos usuários e da população em geral, o que contribuiu para melhorar a relação da equipe de saúde com a comunidade, a organização do trabalho na UBS e a qualidade de atenção à população.

Agora temos todas as condições para continuar trabalhando no Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes na Unidade de Saúde, e avançar para outros programas, como o acompanhamento do pré-natal e do puerpério, o programa de prevenção do câncer de colo de útero e de mama e a atenção aos idosos, melhorando assim a qualidade da atenção à saúde de toda a população da área de abrangência.

Para que tudo isso possa acontecer, precisamos realizar um trabalho conjunto com a comunidade, pois a equipe da UBS está à disposição e muito engajada para que os atendimentos sejam de qualidade. Agradeço o apoio prestado pela comunidade e seus líderes comunitários ao longo da intervenção, e peço que assim continue, pois temos ainda muito a conquistar.

5. Reflexão crítica sobre o processo de aprendizagem

O curso de especialização em saúde da família disponibilizada pelo Programa Mais Médico para o Brasil, oferecido pela UNASUS-UFPEL, foi muito importante para a minha aprendizagem. No início eu achava o curso bastante complexo, mas, conforme ele foi se desenvolvendo, semana a semana, tudo foi convertendo-se num sistema de aprendizagem ágil e eficiente, com as ferramentas para auto estudo e para a prática do trabalho na comunidade.

O Curso possibilitou a realização do projeto de intervenção, com a consequente reorganização do processo de trabalho na unidade de Saúde em que atuo. E isso teria sido muito difícil sem as ferramentas e orientações proporcionadas pelo curso. Os fóruns permitiram interagir com colegas, compartilhar conhecimentos e esclarecer dúvidas, servindo como uma forma de cooperação e apoio mútuo entre os alunos e orientadores.

Os diálogos com meu orientador foram muito determinantes na realização do Projeto e na elaboração do TCC, pois criaram um ambiente adequado para sanar dúvidas e receber orientações. Sou grata pela colaboração de meu orientador, Douglas Schneider, que, com muita paciência e desejo de colaborar com meu aprendizado, facilitou todo o caminho e o desenvolvimento dos estudos e do trabalho.

Entendo que os casos clínicos foram também muito importantes no processo de aprendizagem, sendo todos muito úteis para a prática médica. Contribuíram para a definição de condutas em diversas situações de trabalho e aprimoraram meus conhecimentos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica-Hipertensão Arterial OU Diabetes Mellitus.No19.Brasília - DF. 2013, pág. 81 (Cadernos de Atenção Básica. Nº 19, Brasília-DF, 2013c.

Anexos

Anexo A- Planilha de coleta de dados

Dados da UBS

Digite apenas nas células em VERDE.

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

| HIPERTENSOS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | OBSERVAÇÕES |
|--|-------|-------|-------|-------|--|
| Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção | | | | | |
| DIABÉTICOS | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | |
| Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada | | | | | → Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético. |

*Estimativa no território

| | | | |
|---|---|---|---|
| População total | | → | Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores. |
| Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população) | 0 | → | Este seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5. |
| Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGTEL, 2011) | 0 | → | |
| Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGTEL, 2011) | 0 | → | |

