

**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 Vila Rica, Carazinho/RS**

Rolando Carballo Laffita

Pelotas, 2015

Rolando Carballo Laffita

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na UBS Vila Rica, Carazinho/RS**

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

Orientadora: Patrícia Gernânia da Silva

Pelotas, 2015

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

L163m Laffita, Rolando Carballo

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Vila Rica, Carazinho/RS / Rolando Carballo Laffita; Patrícia Gernânia da Silva, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

78 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À população da UBS Vila Rica, por ter participado do projeto. À minha equipe de trabalho, por ter me apoiado em tudo.

Agradecimentos

A Patrícia Gernânia da Silva, por sua ajuda e compreensão em todo momento.

Resumo

LAFFITA, Rolando Carballo. **Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes na UBS Vila Rica, Carazinho, RS.** 2015. 76f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares. As duas doenças têm um risco elevado de eventos cardiovasculares fatais e não fatais e são considerados potencialmente controláveis com a adoção de medidas de prevenção e promoção à saúde. A partir dessa realidade de saúde que está presente no Brasil, foi desenvolvida uma intervenção na UBS Vila Rica, no município de Carazinho/RS, cujo objetivo foi melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da área de abrangência desta UBS. Esta intervenção ocorreu entre os meses de fevereiro a julho de 2015. Foram traçadas ações desenvolvidas a partir de quatro eixos pedagógicos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. A população alvo estimada era de 760 pessoas com hipertensão e 188 pessoas com diabetes, todos residentes na área de abrangência da UBS que possui uma população total de 5000 habitantes. Foram cadastrados e acompanhados pela equipe 267 pessoas com hipertensão e 117 pessoas com diabetes, representando respectivamente cobertura de 35,1% 62,2%. Todos os usuários cadastrados receberam avaliação multidisciplinar, exame clínico, exames complementares, avaliação nutricional e orientações sobre os riscos do tabagismo, avaliação odontológica com orientação para saúde bucal, orientação sobre exercícios físicos e estratificação de risco. A partir da intervenção a equipe foi capacitada, o trabalho ficou mais organizado e foram detectados fatores de risco para diminuir a incidência de outras doenças. A comunidade continuará se beneficiando a partir da continuidade das ações na UBS e inserindo novos projetos como parte da rotina de trabalho da equipe.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da cobertura do programa de atenção as pessoas com hipertensão na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.	49
Figura 2	Gráfico da cobertura do programa de atenção as pessoas com diabetes na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.	50
Figura 3	Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.	51
Figura 4	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.	51
Figura 5	Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.	52
Figura 6	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.	53
Figura 7	Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.	53
Figura 8	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.	54
Figura 9	Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.	55
Figura 10	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.	55
Figura 11	Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento de acordo com o protocolo na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.	57

Figura 12	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.	58
Figura 13	Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.	59
Figura 14	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.	59
Figura 15	Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.	61
Figura 16	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.	61

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEM	Centro de Especialidades Médica
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CTG	Centro de Tradição Gaúcha
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
SUS	Sistema Único de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

Sumário

Apresentação	9
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	20
2 Análise Estratégica.....	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e metas	23
2.2.1 Objetivo geral	23
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	23
2.3 Metodologia.....	25
2.3.1 Detalhamento das ações.....	26
2.3.3 Logística.....	42
2.3.4 Cronograma	44
3 Relatório da Intervenção	46
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	46
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	47
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	48
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	48
4 Avaliação da intervenção	49
4.1 Resultados	49
4.2 Discussão.....	64
5 Relatório da intervenção para gestores	66
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	69
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	71
Referências	72
Anexos	73

Apresentação

Este volume contempla o Trabalho de Conclusão de Curso exigido como requisito para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família, o qual descreve o processo de estruturação e qualificação do cuidado ofertado aos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus pertencentes à área de abrangência da Unidade Básica de Saúde Vila Rica no município de Carazinho – RS.

Está estruturado em sete capítulos, sendo o primeiro capítulo a descrição da Análise Situacional onde descreve a situação da ESF, funcionamento, profissionais que compõem a equipe, população da área adstrita.

O segundo capítulo é a Análise Estratégica que descreve como está organizado o projeto de intervenção contemplando a justificativa, objetivos, metas, metodologia, detalhamento das ações, indicadores, logística e cronograma de intervenção.

O terceiro capítulo consta do Relatório da Intervenção e contempla descrição das ações previstas no projeto que foram desenvolvidas e as que não foram desenvolvidas, aspectos relativos à coleta e sistematização de dados da intervenção e análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

O quarto capítulo é a Avaliação da Intervenção e apresenta os resultados, que apresenta uma descrição quantitativa e qualitativa dos dados coletados durante a intervenção e a discussão.

O quinto capítulo é Relatório para os gestores. O sexto capítulo é o Relatório para a comunidade. O sétimo capítulo consta de uma Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e as expectativas com o curso.

Ao final constam as referências e os anexos utilizados como guia para o desenvolvimento do projeto.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Meu nome é Rolando Carballo Laffita, sou cubano, especialista em Medicina geral integral, sou formado há 14 anos, trabalho no Programa "Mais Médicos" para o Brasil. Cheguei ao Brasil em março de 2014. Trabalho no município Carazinho, Rio Grande do Sul, na unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Rica há dois meses. O município tem 12 unidades de saúde e neste momento encontram-se trabalhando no município sete médicos cubanos em diferentes unidades.

A UBS fica no sul do município, no bairro Vila Rica e atende uma população de mais de 5000 usuários. A população que pertence à área não é muito carente, pois a maioria das pessoas tem mais recursos do que aquelas que moram em outros bairros. Além disso, realizamos o atendimento de uma população limítrofe que é atendida também em nossa unidade.

Estruturalmente, a UBS tem condições muito boas, temos uma recepção, uma sala de vacinas, uma sala de curativos, uma sala para triagem, uma sala de preventivos, uma sala de esterilização, uma sala de enfermagem, uma sala de odontologia, 2 banheiros e uma cozinha. Nossa equipe de trabalho está constituída por dois médicos, uma odontóloga, uma técnica de odontologia, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, cinco Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma higienizadora e uma recepcionista.

A maioria dos atendimentos é realizado para pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis como Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), dislipidemias e depressão. Mas também temos muitos usuários com doenças respiratórias. Neste momento, temos 45 gestantes e

destas quatro são adolescentes, cinco com testes para gravidez em urina positivo e estamos esperando que voltem com o exame beta HCG. Também temos neste momento 55 crianças menores de um ano, todas vacinadas. Realizamos o atendimento a 65 usuários com DM, 108 usuários com HAS. Além disso, atendemos 2 usuários com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) positivos e dois casos com Tuberculose.

A população encontra-se muito agradecida com nosso trabalho. Atendemos todos os dias, pela manhã de 16 a 26 usuários e, pela tarde, urgências e consultas programadas de gestantes. Também atendemos 4 idosos agendados todos os dias. Realizamos visita domiciliar nos turnos da tarde, duas vezes por mês aos usuários que não podem comparecer à unidade. Realizamos palestra médica e visitas aos grupos de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes uma vez ao mês.

O principal problema que temos na unidade é o tempo de espera que os usuários que precisam de atendimento em hospitais aguardam, poucas vagas para exames laboratoriais e somente cinco ultrassons por mês, incluindo as gestantes, o que dificulta nosso trabalho e provoca reclamações pelos usuários.

Eu gosto muito de trabalhar nesta Unidade de saúde, pois a população é muito agradecida e minha equipe de trabalho é composta por pessoas muito boas e competentes.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Trabalho no município de Carazinho, Estado Rio Grande do sul. O nosso município conta com uma população de aproximadamente 63.000 habitantes, o Sistema Único de Saúde (SUS) está estruturado com 12 UBS todos com Estratégia de Saúde da Família (ESF), um ambulatório que trabalha desde as 16:00 até às 23:00 horas, temos também uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) que ainda está em fase de conclusão, um centro especializado que oferece serviço para emergência e como seu nome diz consulta especializada, nestes momentos há falta de médicos especialistas como ginecologistas, oftalmologistas, cardiologistas, temos um pequeno hospital que não satisfaz a demanda da população total do município, sala de cirurgia, sala de parto, os casos mais complicados são referidos ao município de Passo fundo/RS.

Temos o lado privado, com a UNIMED, mas a maioria dos nossos usuários não pode acessar esse serviço pelo alto custo das consultas, temos inúmeras farmácias e cinco laboratórios clínicos dentro daqueles da Secretaria da Saúde medicamentos e exames gratuitos, que não satisfaz a demanda do município, aumentando o atraso no recebimento contra testes de referência. O nosso município também não tem Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) nem Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

De maneira geral no município não há dificuldades em termos de disponibilidade de recursos materiais ou medicamentos, nosso principal problema é em relação ao agendamento de consultas com especialistas, pois são muito demoradas, poucas vagas para exames complementares, temos especialistas no município, mas muitos destes não querem trabalhar para o SUS, pois preferem o setor privado. Assim, gera atraso nas consultas, e com isso, a lista de pessoas em espera cada vez é maior. Exames complementares como ultrassom, eletrocardiogramas, Raio X, mesmo quando há uma necessidade urgente, não conseguimos realizar de imediato, apenas para um ou dois meses mais tarde. A solução para este problema está fora de nossa governabilidade, porque consideramos que quem pode agir a esse respeito é o secretário da saúde, nós temos apenas que atender e tentar resolver a maioria dos casos na unidade de saúde e temos que indicar os exames necessários.

Para evitar a insatisfação da população, que é a nossa principal barreira, outras coisas como transporte para os trabalhadores da saúde, quando não houver disponibilidade (que é quase sempre) o trabalho é realizado a pé ou como transporte pessoal. Se não temos um medicamento na farmácia da secretaria ou algum complementar, investigamos onde que o usuário pode ter acesso ao mesmo, sempre tentamos dispensar a mesma medicação ou complementar, avaliando o valor que seja acessível para o usuário para que fiquem satisfeitos.

Trabalho na UBS "VILA RICA", no Bairro Vila Rica, ao sul da cidade de Carazinho/RS. A mesma, possui em sua área de abrangência uma população de 5000 habitantes com 1026 famílias cadastradas até o ano 2012. A equipe está composta por dois médicos, uma odontóloga, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem, uma auxiliar de odontologia, uma agente de endemia, uma auxiliar de limpeza e cinco ACS.

Sobre o horário de funcionamento da UBS, temos um horário de consultas, começando pela pré-consulta da enfermeira às 7:45 horas da manhã, depois a consulta médica e o restante dos procedimentos de enfermagem são realizados até as 11:45 horas e à tarde começamos às 13:00 horas até às 17:00 horas, tanto pela manhã quanto pela tarde são realizados os atendimentos à demanda espontânea e urgências. O planejamento é realizado por toda a equipe, contudo as consultas são agendadas pela secretaria sob nossa recomendação, todos os dias avaliamos e monitoramos a qualidade da consultas e do processo de trabalho no unidade.

A UBS tem um consultório, onde os dois médicos juntos realizam os atendimentos, sem nenhuma privacidade para usuários (assim, que comecei a trabalhar na unidade separamos o espaço com uma divisão de madeira); tem também recepção, sala de enfermagem, odontologia, vacinas, curativos e dois banheiros. Para garantir uma boa limpeza e higiene a auxiliar de limpeza trabalha todo o dia. Os principais problemas de saúde e doenças que apresentam nesta comunidade são as doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão e a asma e dentro das infecciosas temos as respiratórias agudas. Existem 23 gestantes e 28 crianças cadastradas e com os controles de acordo com os programas do Ministério da Saúde. Todos os usuários têm dificuldades em realizar pelos SUS os exames complementares devido a pouca oferta mensal. A maior parte da população tem abastecimento da água pela rede pública e são alfabetizadas e o índice de violência é baixo. Os medicamentos indicados são procurados na farmácia básica municipal que fica próximo a Secretaria de Saúde.

O município conta com um hospital e um ambulatório, em ambos são avaliados os casos que requerem e precisam de encaminhamento ao município de Passo fundo/RS onde tem um hospital maior com todas as especialidades. Meu vínculo com a população é muito bom apesar de minha nacionalidade e idioma, faço as consultas agendadas, o atendimento às urgências e também visitas às famílias todas as semanas.

Dentre as necessidades e limitações observadas no serviço, as três deficiências de maior relevância detectadas por sua importância e repercussão na saúde dos trabalhadores e os usuários, por prioridade são: primeira não existência de um local para o depósito do lixo comum e resíduos contaminados,

ambos são colocados no banheiro feminino, quando todos nós sabemos que eles devem ser depositados em separado em um local fora do prédio da UBS; o segundo dos problemas é que resíduos contaminados são recolhidos apenas uma vez por mês e já foi relatado várias vezes esta situação ao Secretário de Saúde do município e o mesmo continua acontecendo e como terceira deficiência é o que se refere ao pouco espaço e pequena quantidade de cadeiras na sala de recepção para os usuários. Para resolver o problema com o lixo deve-se construir um local na parte de trás da UBS, que tem espaço suficiente, com duas subdivisões para o lixo comum e os outros para resíduos contaminados (biológicos).

Em relação às atribuições das equipes, após analisar a Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011 do Ministério da Saúde que dispõem sobre os princípios e diretrizes gerais da atenção básica, faço uma reflexão crítica sobre as necessidades e limitações observadas no serviço no qual estou inserido: sem a participação de profissionais no processo de territorialização da área, mapeamento da área de atuação da Equipe de Saúde, cuidados de saúde realizado em outras áreas, como igrejas e indústrias, sem o acompanhamento de usuários em casos de internação hospitalar, sem participação da comunidade no controle social e trabalhando com apenas 4 dos 14 grupos que devem estar atuantes na atenção básica, verificamos que há muito que alterar.

Penso que teoricamente tudo é muito bem organizado e estruturado nesse documento, mas a realidade é completamente diferente quanto aos fatores objetivos e subjetivos, mas para o primeiro; só para dar um exemplo, no jornal diz que a população servida por uma equipe de saúde deve ser a partir de 2.500 pessoas. Em minha UBS temos cadastradas aproximadamente 5000 mil pessoas. Assim, torna-se difícil realizar um trabalho efetivo.

Dentre as necessidades e limitações observadas, as deficiências de maior importância são as poucas atividades de grupo e a falta da participação da comunidade no controle social e com respeito à governabilidade sobre esses problemas. Verifico a necessidade de organizar junto à enfermeira chefe a realização de outros grupos como os adolescentes e o aleitamento materno.

Em relação à população da área adstrita, a unidade é dividida demográfica como se observa na tabela a seguir:

Grupo de idades	Feminino	Masculino
Menor de 1 ano	17	11
1 a 4 anos	251	239
5 a 9 anos	242	245
10 a 14 anos	631	496
15 a 19 anos	285	463
20 a 29 anos	323	339
30 a 39 anos	431	453
40 a 49anos	335	349
50 a 59 anos	164	146
60 anos e mais	305	302
Total	2984	3043

Sobre a atenção à demanda espontânea, existe excesso de demanda diariamente, mas o atendimento é realizado conforme prioridade de classificação de risco, pois a equipe não consegue absorver e resolver todos os problemas agudos da população. Sendo assim, parte dos usuários são orientados a procurar os serviços de pronto atendimento no ambulatório ou no hospital através de encaminhamento. Em média, nossos usuários têm que esperar mais de 30 minutos para serem atendidos em consulta médica após acolhimento inicial realizado pela enfermagem, o que provoca insatisfação entre a população.

Em relação à saúde da criança, a forma de registro realizada na UBS permitiu o preenchimento do Caderno de Ações Programáticas (CAP). A estimativa do CAP é de 60 crianças menores de um ano pertencentes à área de abrangência da unidade. No momento temos uma cobertura de 50% (30). Destas, 50% (15) está com a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, 90% (27) está com as consultas em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, 100% (30) está em dia com as vacinas, com o monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta, as mães e/ou responsáveis receberam orientações para o aleitamento materno exclusivo e

para prevenção de acidentes e realizaram teste do pezinho, 40% (12) foi avaliada quanto à saúde bucal, 10% (3) está com atraso da consulta agendada em mais de sete dias e nenhuma realizou triagem auditiva.

Penso que mais ações de promoção à saúde sobre a importância desta atenção possa contribuir para alcançar uma cobertura maior. Ofertamos imunizações, prevenção de anemia e de violência; além da promoção do aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, de saúde bucal, de saúde mental às crianças cadastradas na unidade. As ACS, a Secretaria de Saúde Municipal e o SUS necessitam incentivar a promoção sobre a importância da puericultura na atenção a saúde da criança nos bairros, nas escolas, centros comerciais e também nos meios de comunicação e nas redes sociais para melhorar o conhecimento da população sobre este serviço. Acredito que o pediatra deveria atender as crianças pelo menos duas vezes durante o primeiro mês de vida, principalmente as que tem problemas de desnutrição, baixo peso, entre outras doenças.

Sobre a atenção ao pré-natal, acompanhamos um total de 23 (46%) gestantes da estimativa de 50 gestantes para a área de cobertura segundo o CAP. Das 23 gestantes acompanhadas 87% (20) iniciou o pré-natal no 1º trimestre e a 100% (23) foi solicitado na 1ª consulta os exames laboratoriais preconizados, receberam prescrição de sulfato ferroso bem como orientações para aleitamento materno exclusivo; estão com as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, realizaram o exame ginecológico por trimestre recomendado, foram avaliadas quanto à saúde bucal, foi administrada a vacina Hepatite B e a vacina antitetânica, ambas conforme protocolo.

Já o indicador de cobertura da atenção ao puerpério é de 50% (30) do total de 60 puérperas estimadas para a área de abrangência da unidade pelo CAP com indicadores de qualidade de 100% (30) quanto à realização da consulta puerperal antes dos 42 dias pós-parto, registro da consulta puerperal, orientações quanto aos cuidados básicos do recém-nascido, sobre planejamento familiar, realização do exame ginecológico, das mamas, do abdome e avaliação quanto ao estado psíquico e quanto à intercorrências. Um total de 53% (16) receberam orientações sobre aleitamento materno exclusivo.

Sobre a prevenção do câncer de colo de útero, nosso serviço possui forma de registro adequada. Temos um total de 1377 mulheres entre 25 e 64 anos estimadas pelo CAP para a área de cobertura da Unidade de Saúde. Destas, acompanhamos 310 (23%) mulheres residentes e cadastradas. Das acompanhadas 87% (270) estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, 100% (310) tiveram exames coletados com amostras satisfatórias, receberam orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e sobre doenças sexualmente transmissíveis, 14% (43) apresentaram células representativas da junção escamocolumnar na amostra coletada; 13% (40) das mulheres estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, 2,9% (9) mulheres está com o exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado. Um total de 93% (289) das mulheres possui avaliação de risco para câncer de colo de útero.

É preciso intensificar as ações de promoção à saúde pelo governo federal, estadual e municipal, principalmente devido as elevadas taxas de mortalidade por esse tipo de câncer. Uma das principais estratégias em nível de UBS para melhorar a cobertura é não perder o seguimento de mulheres com exame alterado, cadastrando-as adequadamente com os dados pessoais, número de telefone e endereço completo, possibilitando busca ativa pelos ACS.

Em relação ao controle do câncer da mama, do total de 517 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência da unidade, são acompanhadas 184 (36%) mulheres residentes e cadastradas na unidade. Um total de 93% (172) das mulheres está com mamografia em dia, 7% (13) estão com a mamografia com mais de 3 meses em atraso e 100% (184) receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama e foram avaliadas quanto ao risco para câncer de mama.

Ações programáticas e avaliação sobre a cobertura de controle do câncer de mama também é baixa semelhante às do colo de útero; mas os indicadores da qualidade do controle do câncer de mama avaliados são considerados adequados. Os aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados para contribuir e ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do Controle do Câncer de Mama em minha UBS e as estratégias para não perder o seguimento de mulheres

com exame alterado também podem ser as mesmas citadas para o acompanhamento das mulheres para prevenção do câncer de colo de útero.

Com relação às doenças HAS e DM, existem aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos usuários, tais como fornecimento de mais exames, menor tempo de espera pela consulta especializada, medicamentos entregues na própria unidade e desenvolvimento de novas estratégias de governo para uma maior promoção e prevenção destas doenças, além de atividades de promoção à saúde que apresentam uma série de limitações em nosso serviço e que fazem com que o nosso trabalho e relacionamento com a comunidade não sejam os mais adequados.

Temos um total estimado de 1.119 pessoas com hipertensão com 20 anos ou mais. Destas, acompanhamos na Unidade um total de 65% (723) das pessoas com hipertensão residentes e cadastradas. A realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi realizada a 4% (26) das pessoas com hipertensão acompanhadas, 100% (723) receberam orientações sobre prática de atividade física regular e receberam orientações nutricionais para uma alimentação saudável, 90% (651) estão com os exames complementares periódicos em dia, 44% (316) possui avaliação de saúde bucal e 1% (5) tem atraso das consultas em mais de sete dias.

Em relação ao Diabetes Mellitus a cobertura está em 58% (185) do total estimado de 320 pessoas com diabetes para a área segundo o CAP. A realização de estratificação de risco cardiovascular foi realizada a 44% (82), 58% (107) estão com os exames complementares periódicos em dia, 26% (48) com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, possuem registro de realização de palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, 19% (36) de medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, 100% (185) receberam orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, 29% (54) receberam avaliação de saúde bucal e 4% (8) está em atraso da consulta agendada em mais de sete dias.

Acompanhamos 607 idosos perfazendo 89% da estimativa de 685 pessoas com 60 anos ou mais. Dentre os acompanhados, 30% (182) dos idosos são pessoas com hipertensão e 12% (73) dos idosos são pessoas com diabetes.

Em nossa Unidade 47% (283) dos idosos acompanhados possui caderneta de saúde da pessoa idosa; 8% (50) estão com o acompanhamento em dia e possui Avaliação Multidimensional rápida; 6% (38) possui investigação de indicadores de fragilização na velhice, 20% (120) possui avaliação de risco para morbimortalidade realizada e 8% (50) possui avaliação de saúde bucal. Ainda, 100% (607) receberam orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e sobre a importância da realização de atividades físicas regulares.

Os aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção aos idosos na UBS, por exemplo, necessita-se de equipe de atenção multidisciplinar integral ao nível da ESF como Assistente Social, Educador Físico e Médico Psiquiatra.

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

Ao realizar a primeira descrição sobre a situação da UBS Vila Rica, não tinha a visão ampliada de tudo o que era realizado em meu serviço. Após o preenchimento de todos os questionários, CAP, assim como as reflexões propostas a nós especializando sobre as ações realizadas na UBS constato que oferecemos um serviço integrado à nossa população e que mediante a análise situacional foi possível realizar uma avaliação do serviço de saúde, com informação científica embasada no desempenho da ESF.

Durante o processo de organização do relatório da análise situacional geramos um processo crítico e reflexivo sobre as práticas e os processos desenvolvidos no âmbito da unidade. Percebemos que a presença de uma boa infraestrutura propicia um atendimento mais qualificado e que gera bons resultados. Além disso, esta reflexão faz-nos um convite para atualizar os dados da população da área de abrangência e realizar busca ativa dos usuários com doenças crônicas não transmissíveis como HAS e DM.

Também é importante fornecer o suporte em caso de necessidade para confirmação diagnóstica e terapêutica dos programas para a detecção precoce dos cânceres de mama e colo de útero. Já estamos planejando fazer o levantamento deste grupo populacional que merece atenção especializada a fim

de promover a satisfação dos usuários, a redução da morbimortalidade em todos os grupos populacionais, oferecendo um atendimento de excelência.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A HAS e o DM são importantes fatores de risco para as doenças cardiovasculares. A HAS é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial. Associa-se frequentemente a alterações funcionais ou estruturais dos órgãos alvos (coração, encéfalo, rins, vasos sanguíneos). O Diabetes Mellitus é uma doença metabólica caracterizada pelo aumento da glicemia resultante da diminuição absoluta ou relativa da secreção de insulina pelo pâncreas. As duas doenças têm um risco levado de eventos cardiovasculares fatais e não fatais e são considerados potencialmente controláveis com a adoção de medidas de prevenção e promoção (BRASIL 2013; BRASIL 2013a)

A UBS Vila Rica está localizada no Município de Carazinho/RS, no Bairro Vila Rica. Atende uma população de mais de 5000 usuários. A população é de baixo nível socioeconômico. A equipe oferta atendimento a um assentamento indígena que pertence à comunidade. Temos somente 1 equipe Saúde da Família constituída por dois médicos, uma odontóloga, uma técnica de odontologia, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis ACS, um recepcionista e uma higienizadora. A ESF foi construída há 13 anos, tem recepção com sala de espera e acomodações para 15 pessoas. Conta com uma sala de odontologia, dois consultórios médicos, uma sala para exames preventivos, uma sala de vacinas, uma sala de enfermagem e para triagem, uma sala de esterilização, uma sala de desinfecção dos utensílios de trabalho, dois banheiros e uma cozinha.

Neste momento estamos acompanhando um total de 267 usuários pessoas com hipertensão, o que equivalente a 23,8% de cobertura na área, de uma população alvo de 1.119 usuários estimados com HAS de mais de 20 anos

segundo CAP. Também neste momento temos 117usuários pessoas com diabetes, equivalente a 36,5% de cobertura na área, de uma população alvo de 320usuários que podemos ter com DM de mais de 20 anos segundo o CAP. Todos as pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes tem disponibilidade de consulta todos os dias e realizamos palestras para aumentar o conhecimento da população sobre prevenção das doenças.

Foi escolhida a ação programática para trabalhar com a HAS e a DM, pois quando preenchemos o CAP os indicadores de cobertura e de qualidade estavam baixos, o que pode ser atribuído à existência de um sub-registro pela população grande que atendemos na UBS. A equipe de trabalho está envolvida com o foco de intervenção escolhido, mas temos dificuldades para realizar o cadastramento dos usuários, pois temos poucos trabalhadores na UBS para a área de abrangência que supera o estabelecido pelo Ministério da Saúde (MS), uma vez que, no momento, temos apenas 4 ACS trabalhando para atender uma população de mais de 5000 usuários. Ainda assim, acredito que vamos conseguir atualizar o cadastro da maioria dos usuários com HAS e DM o que irá contribuir para melhorar a saúde da população alvo e manter um bom controle sobre suas doenças.

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 Vila Rica, Carazinho/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Metas relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura aos pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

1.1. Cadastrar 95% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

1.2. Cadastrar 95% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Metas relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

2.3. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.4. Garantir a 100% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Metas relativas ao objetivo3: Melhorar a adesão dos usuários pessoas com diabetes e/ou pessoas com hipertensão ao programa.

3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Metas relativas ao objetivo 5: Mapear pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes de risco para doença cardiovascular.

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Metas relativas ao objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários pessoas com hipertensão.

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários pessoas com diabetes.

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários pessoas com hipertensão.

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários pessoas com diabetes.

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários pessoas com hipertensão.

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Vila Rica, no Município de Carazinho/RS. Participarão da intervenção a população alvo estimada de 1.119 pessoas com hipertensão e 320

peças com diabetes, todos maiores de 20 anos e residentes na área de abrangência da UBS, estimados pelo CAP. As ações estarão em compatibilidade com os eixos pedagógicos propostos pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UNASUS/UFPEL: 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 pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes

Meta 1.1: Cadastrar 95% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 95% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações:

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de pessoas com hipertensão cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- Monitorar o número de pessoas com diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

Será responsável pelas ações a enfermeira e o recepcionista da UBS, a ação será desenvolvida na unidade e serão reservadas 2 horas semanais ao final do expediente no horário das reuniões da equipe.

Organização e gestão do serviço

- Garantir o registro das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes cadastrados no Programa.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

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

- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

Será responsável pelas ações a enfermeira da equipe da UBS, a ação será desenvolvida na unidade e serão reservadas 2 horas semanais ao final do expediente no horário das reuniões da equipe.

Engajamento público

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

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

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

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

Detalhamento das ações:

Serão responsáveis pelas ações as ACS da equipe da UBS, a ação será desenvolvida na unidade e nas casas dos usuários todos os dias.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes de toda área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Detalhamento das ações:

Serão responsáveis pelas ações o médico da equipe da UBS, a ação será desenvolvida na unidade e serão reservadas 2 horas semanais ao final do expediente no horário das reuniões da equipe.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção aos pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 60% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 60% das pessoas com diabetes.

Meta 2.3: Garantir a 60% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.4: Garantir a 60% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Ações

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Detalhamento das ações:

Serão responsáveis pelas ações toda a equipe da UBS, a ação será desenvolvida na unidade e serão realizadas todos os dias.

Organização e gestão do serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

- 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.

Detalhamento das ações:

Serão responsáveis pelas ações o médico da equipe da UBS, a ação será desenvolvida na unidade e serão reservadas 2 horas semanais ao final do expediente no horário das reuniões da equipe.

Engajamento público

- 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.

Detalhamento das ações:

Serão responsáveis pelas ações as ACS da UBS, a ação será desenvolvida nas casas dos usuários todos os dias.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento das ações:

Serão responsáveis pelas ações o médico da equipe da UBS, a ação será desenvolvida na unidade e serão reservadas 2 horas semanais ao final do expediente no horário das reuniões da equipe.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes ao programa.

Meta 3.1. Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento das ações:

Serão responsáveis pelas ações o recepcionista da equipe da UBS, a ação será desenvolvida na unidade e serão reservadas 2 horas semanais ao final do expediente no horário das reuniões do equipe.

Organização e gestão do serviço

-Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos.

-Organizar a agenda para acolher os pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento das ações:

Serão responsáveis pelas ações as ACS da UBS, a ação será desenvolvida nas casas dos usuários todos os dias.

Engajamento público

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento das ações:

Serão responsáveis pelas ações as ACS da UBS, a ação será desenvolvida nas casas dos usuários todos os dias.

Qualificação da prática clínica

-Capacitar os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento das ações:

Será responsável pelas ações a enfermeira da equipe da UBS, a ação será desenvolvida na unidade e serão reservadas 2 horas semanais ao final do expediente no horário das reuniões da equipe.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a qualidade dos registros de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações:

Será responsável pelas ações o recepcionista da equipe da UBS, a ação será desenvolvida na unidade e serão reservadas 2 horas semanais ao final do expediente no horário das reuniões da equipe.

Organização e gestão do serviço

- 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.

Detalhamento das ações:

Serão responsáveis pelas ações o médico da equipe da UBS, a ação será desenvolvida na unidade e serão reservadas 2 horas semanais ao final do expediente no horário das reuniões da equipe.

Engajamento público

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

Detalhamento das ações:

Serão responsáveis pelas ações a técnica de enfermagem, a enfermeira e/ou recepcionista da equipe da UBS, a ação será desenvolvida todos os dias na UBS.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento das ações:

Serão responsáveis pelas ações o médico da equipe da UBS, a ação será desenvolvida na unidade e serão reservadas 2 horas semanais ao final do expediente no horário das reuniões da equipe.

Objetivo 5: Mapear pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o número de usuários pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento das ações:

Serão responsáveis pelas ações o médico da equipe da UBS, a ação será desenvolvida na unidade e serão reservadas 2 horas semanais ao final do expediente no horário das reuniões da equipe.

Organização e gestão do serviço

- Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento das ações:

Serão responsáveis pelas ações a técnica de enfermagem e a enfermeira da equipe da UBS, a ação será desenvolvida na unidade e serão reservadas 2 horas semanais ao final do expediente no horário das reuniões da equipe.

Engajamento público

- 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).

Detalhamento das ações:

Serão responsáveis pelas ações o médico da equipe da UBS, a ação será desenvolvida na unidade todos os dias de atendimento.

Qualificação da prática clínica

- 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.

Detalhamento das ações:

Serão responsáveis pelas ações o médico da equipe da UBS, a ação será desenvolvida na unidade e serão reservadas 2 horas semanais ao final do expediente no horário das reuniões da equipe.

Objetivo 6. Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes

Meta 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação nutricional às pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular às pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo às pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Detalhamento das ações:

Serão responsáveis pelas o médico, a técnica de enfermagem e a enfermeira da equipe da UBS, a ação será desenvolvida na unidade e serão reservadas 2 horas semanais ao final do expediente no horário das reuniões da equipe.

Organização e gestão do serviço

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".
- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento das ações:

Serão responsáveis pelas ações o médico e a enfermeira da equipe da UBS, a ação será desenvolvida na unidade e por meio de palestras a serem realizadas na comunidade e serão reservadas 2 horas semanais ao final do expediente no horário das reuniões da equipe.

Engajamento público

- Orientar pessoas com hipertensão, pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar pessoas com hipertensão, pessoas com diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar às pessoas com hipertensão, pessoas com diabetes e tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.
- Orientar às pessoas com hipertensão, pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento das ações:

Serão responsáveis pelas ações o médico e a enfermeira da equipe da UBS, a ação será desenvolvida na unidade e por meio de palestras a serem

realizadas na comunidade e serão reservadas 2 horas semanais ao final do expediente no horário das reuniões da equipe.

Qualificação da prática clínica

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

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

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

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

-Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

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

-Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento das ações:

Serão responsáveis pelas ações o médico da equipe da UBS, a ação será desenvolvida na unidade e por meio de palestras a serem realizadas na comunidade e serão reservadas 2 horas semanais ao final do expediente no horário das reuniões da equipe.

2.3.2 Indicadores

Metas relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura aos pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 95% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da equipe de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na equipe de saúde.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da equipe de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da equipe de saúde.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da equipe de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 95% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da equipe de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na equipe de saúde.

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da equipe de saúde.

Metas relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1: Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados na equipe de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados na equipe de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame complementar em dia

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na equipe de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados na equipe de saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na equipe de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastrados na equipe de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da equipe de saúde.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da equipe de saúde.

Metas relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários pessoas com diabetes e/ou pessoas com hipertensão ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na equipe de saúde faltosas às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosos às consultas na equipe de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados na equipe de saúde faltosos às consultas.

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

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na equipe de Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento

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

Numerador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na equipe de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na equipe de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastrados na equipe de saúde.

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

Numerador: Número de pessoas com diabetes cadastrados na equipe de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados na equipe de saúde.

Metas relativas ao objetivo 5: Mapear pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na equipe de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na equipe de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na equipe de saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastrados na equipe de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: Número de pessoas com diabetes cadastrados na equipe de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados na equipe de saúde.

Metas relativas ao objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Numerador: Número de usuários pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na equipe de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

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

Numerador: Número de usuários pessoas com diabetes que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastrados na equipe de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuários pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na equipe de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuários pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastrados na equipe de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuários pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na equipe de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuários pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastrados na equipe de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastradas na equipe de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários pessoas com diabetes.

Indicador 6.8: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastrados na equipe de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, adotaremos o protocolo HAS e DM do Ministério de Saúde do ano 2013 (Cadernos de Atenção Básica, n. 36 e 37). Usaremos a ficha-espelho (Anexo C) de hipertensão e diabetes disponibilizada pelo curso. Para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção.

Estimamos alcançar com a intervenção 95% das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes da área de abrangência. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas-espelho e impressão das que serão anexadas às fichas-espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os usuários que vieram ao serviço para consulta de hipertensão e/ou diabetes nos últimos 3 meses, a profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha-espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais e vacinas em atraso para facilitar no momento da avaliação por ocasião da consulta individual.

Para cumprir com os objetivos propostos para a intervenção vamos capacitar a equipe. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservadas 2 horas ao final do expediente, no horário das reuniões da equipe.

Vamos disponibilizar a versão atualizada do protocolo de forma impressa na unidade de saúde, garantir a solicitação dos exames complementares, garantir

junto ao gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, este trabalho será realizado pela enfermeira, técnica de enfermagem e por mim.

Para garantir adesão dos usuários organizaremos visitas domiciliares, capacitaremos os ACS para a orientação de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes quanto à realização de consultas e sua periodicidade. A capacitação será realizada na UBS durante 2 horas ao final do expediente, no horário das reuniões da equipe.

Para garantir registro adequado capacitaremos a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, a capacitação será realizada na própria UBS durante 2 horas, na hora da tarde, ao final do expediente, no horário das reuniões de equipe.

Para realizar avaliação de risco capacitaremos a equipe para a importância do registro desta avaliação, capacitaremos a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, a capacitação será realizada na própria UBS durante 2 horas, no turno da tarde, ao final do expediente, no horário das reuniões de equipe.

Para as ações de promoção à saúde capacitaremos a equipe da unidade de saúde sobre práticas alimentares saudáveis, sobre metodologias de educação em saúde, sobre a promoção da prática de atividade física regular, sobre metodologias de educação em saúde, para o tratamento de usuários tabagistas, para oferecer orientações de higiene bucal. A capacitação será realizada na UBS durante 2 horas no turno da tarde, ao final do expediente e no horário das reuniões de equipe.

Todas as ações previstas para a intervenção serão realizadas em conjunto por todos os membros da equipe.

importância da ação programática da saúde das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, solicitando apoio para atendimento das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes																
Monitoramento da intervenção	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x
Busca ativa das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes faltosas às consultas	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x
Grupos de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes	x			x			x			x			x			x

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção estava prevista para acontecer durante 16 semanas conforme consta no cronograma do projeto, entretanto, após reorganização do calendário do curso devido ao período de férias dos especializandos, a intervenção foi reduzida para 12 semanas. Apesar dessa redução do período da intervenção, destaca-se que não houve prejuízos para a realização das ações e alcance das metas estipuladas.

E importante enfatizar também que durante o meu período de férias não foi possível a equipe dar continuidade as ações planejadas para a intervenção, porque na unidade trabalhavam dois médicos, mas o médico da outra equipe não participava das ações desenvolvidas.

Em relação a proposta de aumentar a cobertura dos usuários pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, conseguimos atingir 35,1% (267) de cobertura para as pessoas com hipertensão e 62,2% (117%) para as pessoas com diabetes, por meio do cadastramento diário desses usuários, provenientes tanto da busca ativa quanto da demanda espontânea.

Para alcançar o objetivo de melhorar os registros, adotamos ficha-espelho disponibilizada pelo curso e monitoramos o registro semanalmente. Conseguimos aumentar a disponibilidade de exames para as pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes da área de abrangência, a partir da prévia coordenação com a Secretaria de Saúde.

Também foram priorizadas ações educativas e de prevenção através da realização dos grupos de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, nos quais os usuários trocaram experiências e tiraram dúvidas, conversamos a respeito da saúde bucal e importância da alimentação nestas doenças, o cuidado do peso e a importância dos exercícios físicos.

As reuniões da equipe foram realizadas semanalmente, nas quintas-feiras, no final do expediente. Nessas reuniões foi avaliado como estava o desenvolvimento da intervenção e o seu processo de implantação na rotina do serviço. Foi acordado com a Secretaria de Saúde a impressão das fichas-espelho, o protocolo adotado pela equipe para a intervenção e a participação de uma nutricionista nos grupos de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Foi realizada a capacitação das ACS pelo médico. A capacitação foi sobre a importância da intervenção, sobre a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus, sobre o protocolo adotado na UBS, sobre a verificação correta da pressão arterial e sobre como fazer os testes de glicose em jejum com aparelho glicosímetro. Com as capacitações foi possível melhorar a qualidade do trabalho das ACS, o qual melhorou de forma positiva o projeto de intervenção.

Foi realizada busca ativa de usuários faltosos, através do trabalho das ACS e da comunicação mais efetiva entre estes e a equipe. Continuamos com o monitoramento do cadastramento dos usuários com hipertensão e/ou pessoas com diabetes e do atendimento odontológico. Outra ação realizada foi conseguir a participação de nutricionistas e professores de educação física nos grupos de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Tivemos dificuldade com a saída do médico, da enfermeira e da odontóloga para uma capacitação de doenças de transmissão sexual por dois dias coincidindo com o feriado pelo qual diminuiu o número de atendimentos de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações planejadas foram realizadas integralmente ou parcialmente conforme relatado acima ainda que quatro ACS apresentaram atestados médicos e ficaram fora da unidade praticamente mais de um mês, o que provocou uma diminuição na busca ativa dos usuários com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, além de que as ACS também foram deslocadas durante 40 dias na luta contra a Dengue que afetou nosso município e Estado.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No principio da intervenção tive dificuldades no preenchimento da planilha de coleta de dados, mas logo com a ajuda de minha orientadora Patrícia foi possível solucionar todas as dúvidas. Já nas ultimas semanas não tive dificuldade sem relação a coleta de dados, fechamento das planilhas e calculo de indicadores.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço é muito positiva, pois conseguimos o envolvimento de toda a equipe exceto do outro médico, o serviço melhorou e aumentou o cadastramento dos usuários. Também foi acordada a incorporação do projeto como rotina diária quando o curso terminar.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção de 12 semanas na ESF Vila Rica no município de Carazinho/RS teve como foco a melhoria da atenção aos usuários com HAS e/ou DM. A população total residente na área é de aproximadamente 5000 pessoas, sendo a estimativa da população alvo de 760 pessoas com hipertensão e 188 pessoas com diabetes estimada pela Planilha de coleta de dados também disponibilizada pelo curso, pois aproximava-se mais de nossa realidade do que os dados gerados pelo CAP. No fim da intervenção conseguimos cadastrar e acompanhar um total de 352 usuários, sendo 267 (35,1%) pessoas com hipertensão e 117 (62,2%) pessoas com diabetes.

No início da intervenção decidimos recadastrar todos os usuários e iniciar do “zero” o número de cadastrados, mas não atingimos as metas de cobertura proposta no projeto, mas o esforço foi intenso e conseguimos atender um excelente número de usuários portadores destas duas doenças crônicas. Abaixo seguem os resultados encontrados a partir da relação entre o objetivo e as metas propostas.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuários pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Meta 1.1 Cadastrar 95% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde

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

Meta 1.2 Cadastrar 95% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

No que se refere ao objetivo “ampliar a cobertura a pessoas com hipertensão ou pessoas com diabetes” a proposta era aumentar a cobertura para 95% das pessoas com hipertensão e 95% das pessoas com diabetes, ainda não foi possível alcançar a meta proposta, pois nossa população alvo é considerada muito grande, além disso, a intervenção foi reduzida de 16 para 12 semanas, porém a tendência é aumentar cada vez mais a cobertura, pois a intervenção está incorporada na rotina da UBS.

Ao longo de três meses de intervenção observou-se um aumento do número de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, sendo assim, no primeiro mês foram 72 (9,5%) pessoas com hipertensão cadastrados/acompanhados, no segundo mês foram cadastrados 56, perfazendo uma porcentagem de 16,8% e no terceiro mês foram cadastrados 139 pessoas com hipertensão, totalizando 35,1% de cobertura, conforme figura 1.

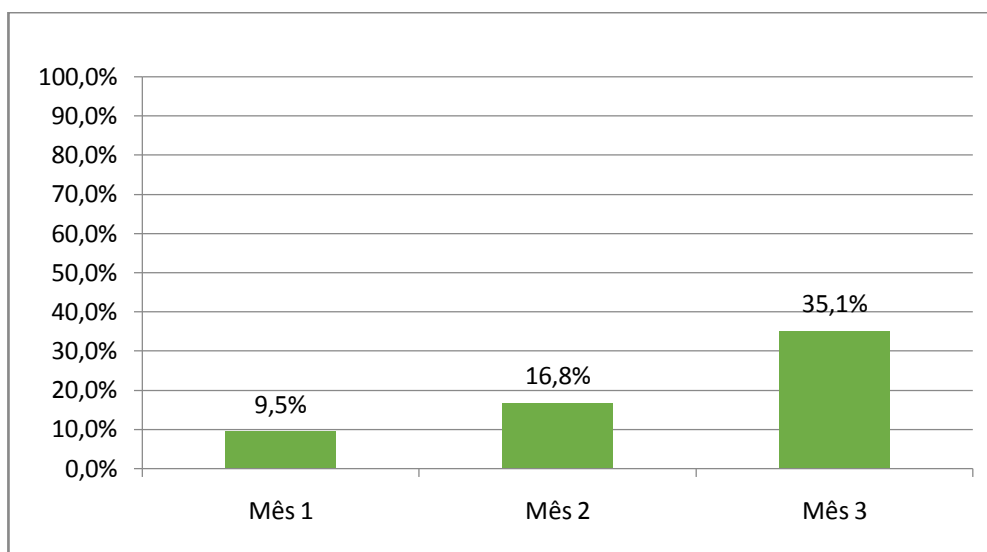


Figura 1 – Cobertura do programa de atenção as pessoas com hipertensão na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.

Em relação às pessoas com diabetes, cadastramos no primeiro mês 43 pessoas com diabetes, perfazendo 22,9%, no segundo mês cadastramos 114 pessoas com diabetes perfazendo 60,2% e no terceiro mês cadastramos 117 pessoas com diabetes, totalizando 62,2%, conforme figura 2.

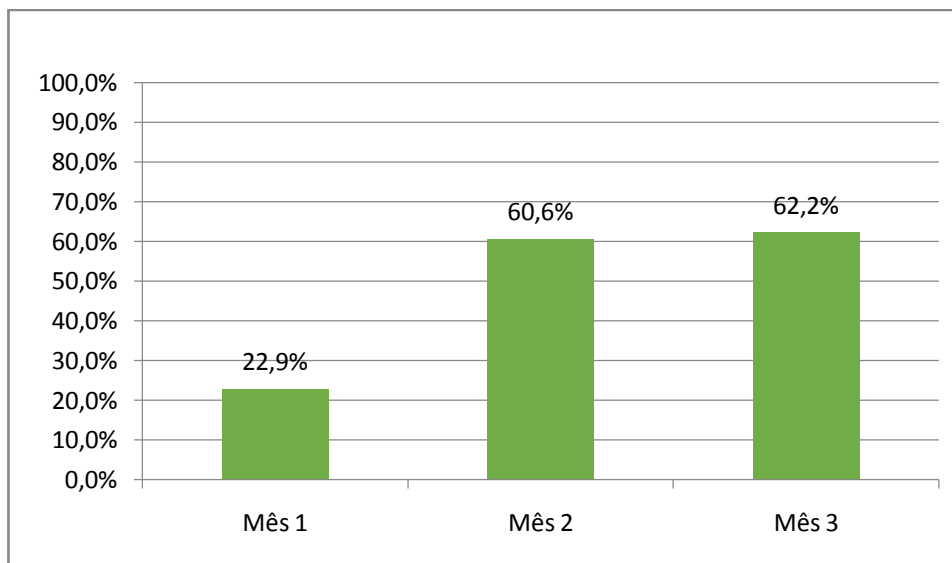


Figura 2 – Cobertura do programa de atenção às pessoas com diabetes na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.

Para realizar a meta proposta garantiu-se o registro das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes cadastrados no Programa; melhorou-se o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM, garantiu-se material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, garantiu-se material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde, informou-se a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, informou-se a comunidade sobre a importância de verificar a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; orientou-se a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, orientou-se a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabético.

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão cadastrados.

Indicador 2.1 Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Meta 2.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2 Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

No que se refere ao objetivo melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, foram traçadas metas para realizar exames clínicos em 100% das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes cadastrados. Em relação às pessoas com hipertensão, os dados se comportaram da seguinte forma: no primeiro mês 26 pessoas com hipertensão realizaram exame clínico, totalizando 36,1%, no segundo mês 82 realizaram exame clínico, perfazendo 64,1% e no terceiro mês 221 de 267 pessoas com hipertensão foram examinados clinicamente, totalizando 82,8%, conforme figura 3.

Em relação às pessoas com diabetes que realizaram consulta foram examinados clinicamente 29 no primeiro mês, para 67,4%; 114 no segundo mês, para 87,7% e 103 no terceiro mês, para 88,0 %, conforme figura 4.

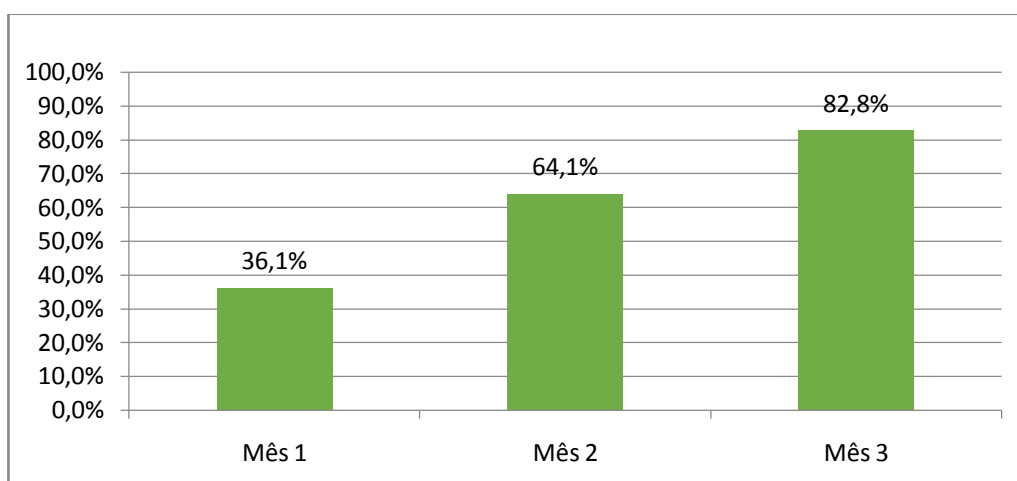


Figura 3 – Proporção de pessoas com hipertensão com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.

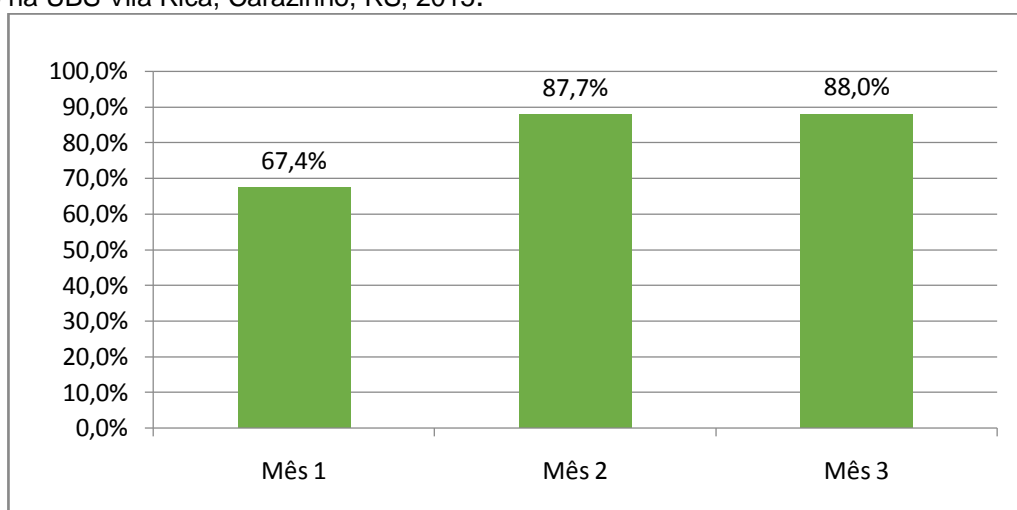


Figura 4 – Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.

Meta 2.3. Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Em realização às pessoas com hipertensão com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, os dados encontrados foram os seguintes: para as pessoas com hipertensão, no primeiro mês 13 de 72 pessoas com hipertensão realizaram os exames complementares, perfazendo 18,1%, no segundo mês 69 de 128 pessoas com hipertensão, computando 53,9% e no terceiro mês 208 de 267 pessoas com hipertensão com exames complementares em dia, totalizando 77,9%, conforme figura 5.

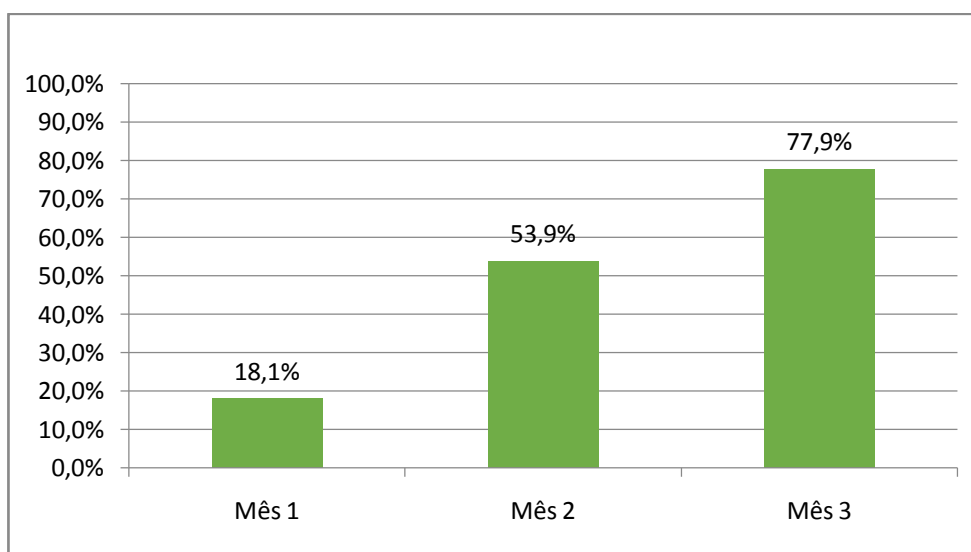


Figura 5 – Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.

Em relação às pessoas com diabetes os resultados obtidos foram: no primeiro mês 26 pessoas com diabetes estavam com os exames complementares em dia, totalizando 60,5%, no segundo mês 97 para 85,1% e no terceiro mês 100 de 117 pessoas com diabetes estavam com exames complementares em dia, totalizando 85,5%, conforme figura 6.

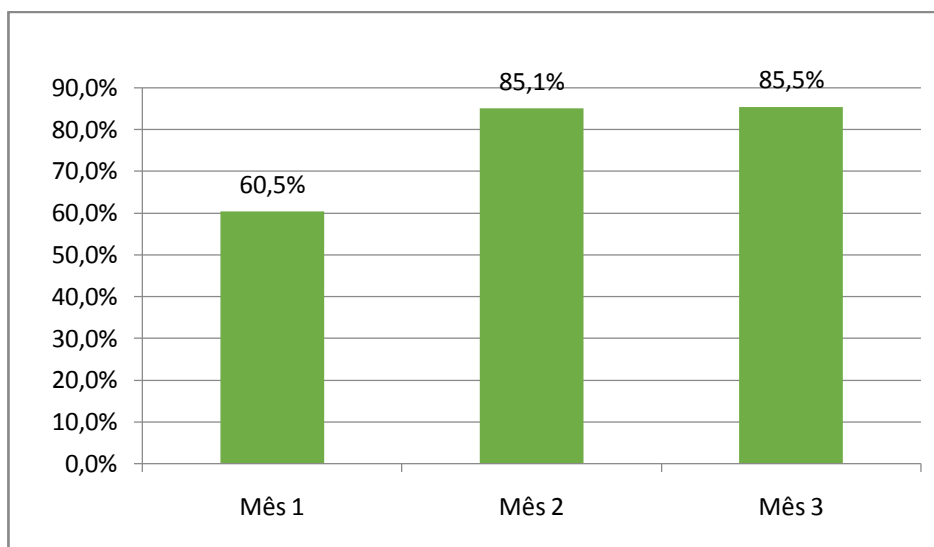


Figura 6 – Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.

Meta 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Meta 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Em relação às pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da farmácia popular observou-se que no primeiro mês de 72 pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos, 58 tinham prescrição da farmácia popular, totalizando 80,6%, no segundo mês de 128 usuários, 112 tinham prescrição da farmácia popular, totalizando 87,5% e no terceiro mês de 267 usuários, 251 tinham prescrição da farmácia popular, perfazendo 94,0%, conforme figura 7.

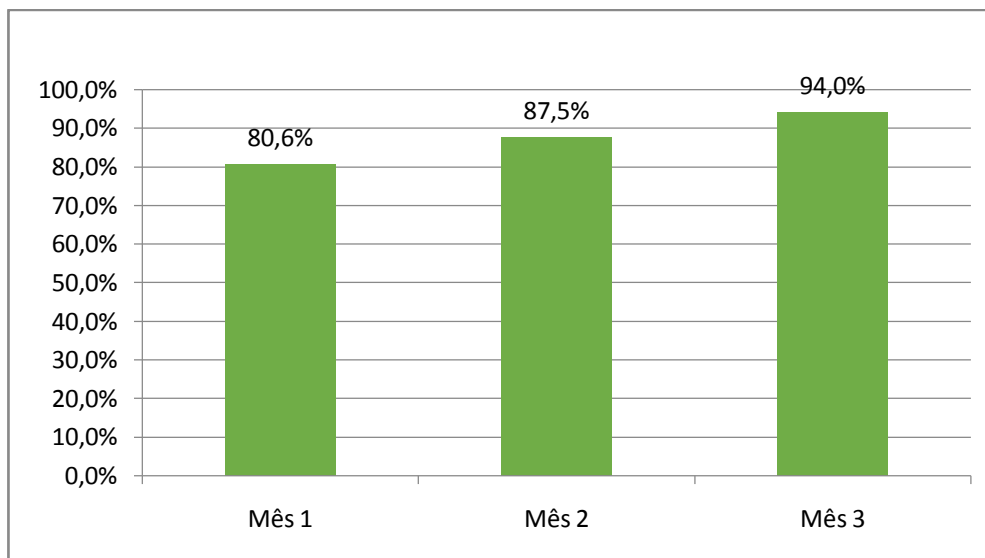


Figura 7 – Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.

Em relação às pessoas com diabetes observou-se que no primeiro mês de 43 pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos, 42 tinham prescrição da farmácia popular, totalizando 97,7%, no segundo mês de 114 usuários, 107 tinham prescrição da farmácia popular, perfazendo 93,9% e no terceiro mês de 117 usuários, 107 tinham prescrição da farmácia popular, totalizando 91,5%, conforme figura 8.

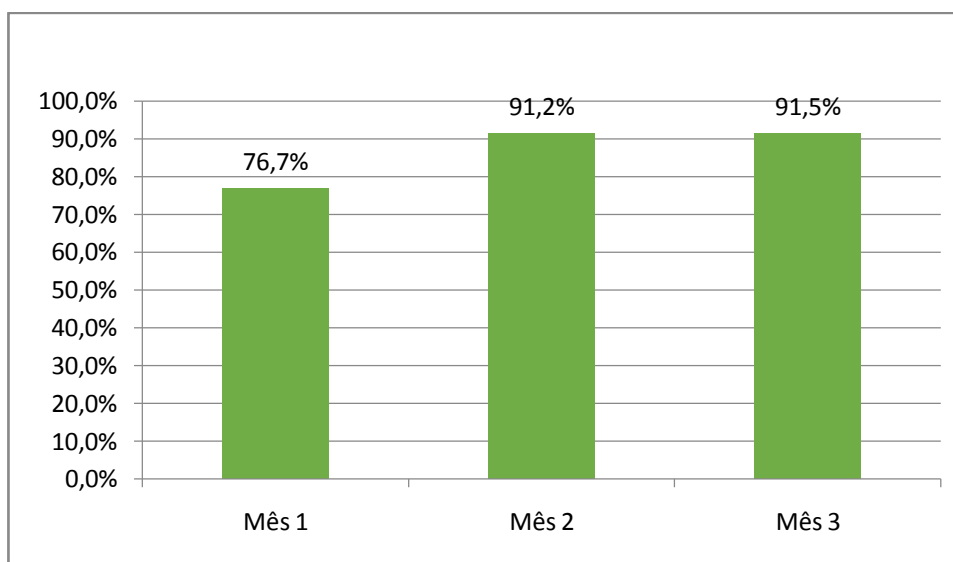


Figura 8 – Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

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

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

A relação da cobertura de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade odontológica foi no primeiro mês de 72 pessoas com hipertensão, em 28 foi realizado avaliação da necessidade odontológica, totalizando 38,9%, no segundo mês em 84 de 128, finalizando com 65,6% e no terceiro mês em 223 de 267, perfazendo 83,5%, conforme figura 9.

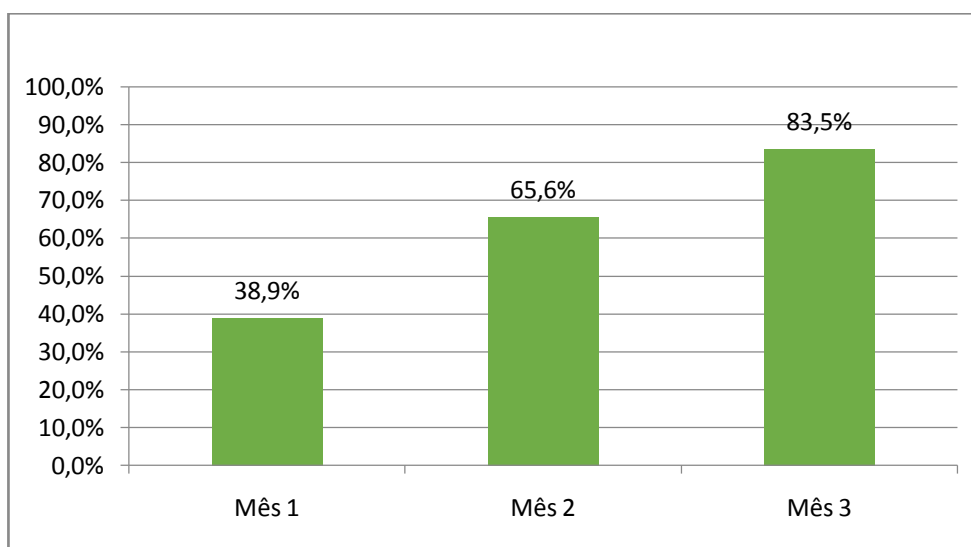


Figura 9 – Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.

Em relação às pessoas com diabetes, no primeiro mês 30 de 43 usuários tiveram avaliação da necessidade odontológica, totalizando 69,8%, no segundo mês 101 de 114 usuários, perfazendo 88,6%, e no terceiro mês 104 de 117, finalizando 88,9% conforme figura 10.

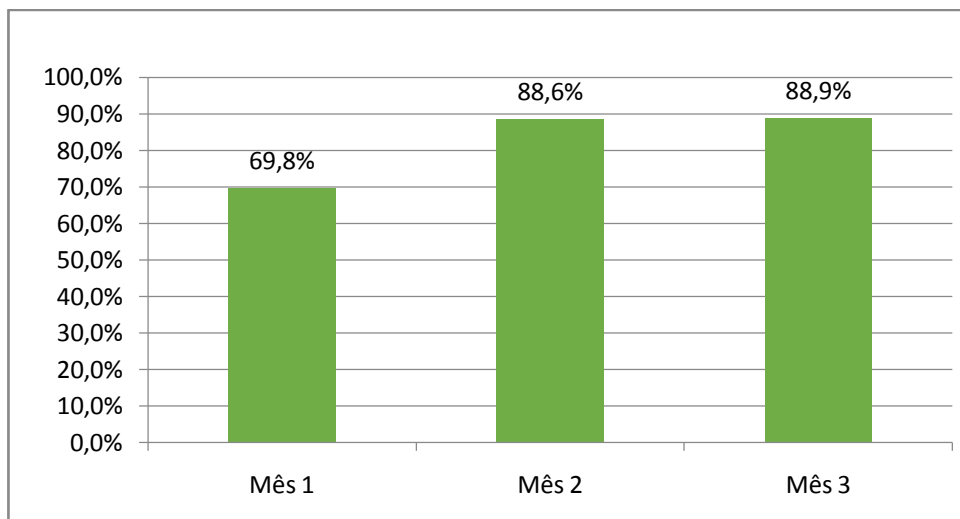


Figura 10 – Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.

Para garantir as metas propostas orientou-se aos usuários e à comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabetes, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente e capacitou a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Objetivo 3. Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes ao programa

Meta 3.1 Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1 Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Meta 3.2 Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2. Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Em relação às pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes faltosas às consultas com busca ativa observou-se que para os dois grupos, foram realizados as busca ativa durante os três meses para todos os usuários faltosos.

No que se refere ao objetivo de melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, foram traçadas metas para realizar busca ativa de 100% dos usuários faltosos às consultas.

Em relação às pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes faltosos às consultas com busca ativa observou-se que todos foram submetidos à busca ativa durante a intervenção, ou seja, 100% de meta cumprida ao longo dos três meses de intervenção.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento

Indicador 4.1 Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2 Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Em relação às pessoas com hipertensão com registro adequados na ficha de acompanhamento observou-se que no primeiro mês de 72 usuários pessoas com hipertensão registrados, 57 tiveram registro adequado, perfazendo 79,2%, e no segundo mês 113 para um 88,3% e terceiro mês 252 das pessoas com hipertensão para um 94,4% conforme figura 11.

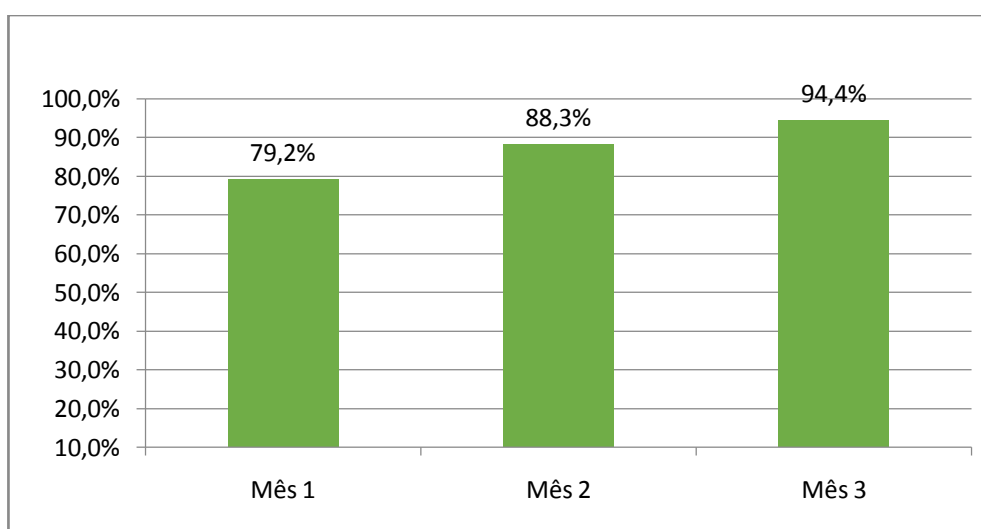


Figura 11 – Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento de acordo com o protocolo na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.

Em relação às pessoas com diabetes observou se que no primeiro mês 41 dos usuários pessoas com diabetes tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento, representando 95,3%; no segundo mês 112 pessoas com

diabetes totalizando 98,2% e no terceiro mês 115 pessoas com diabetes para um 98,3%; conforme figura 12.

Para garantir as metas propostas orientou-se manter as informações do SIAB atualizadas, implantou-se a ficha de acompanhamento, pactuou-se com a equipe o registro das informações, definiu-se responsável pelo monitoramento dos registros, organizou-se um sistema de registro que viabilizou 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 e orientou-se aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

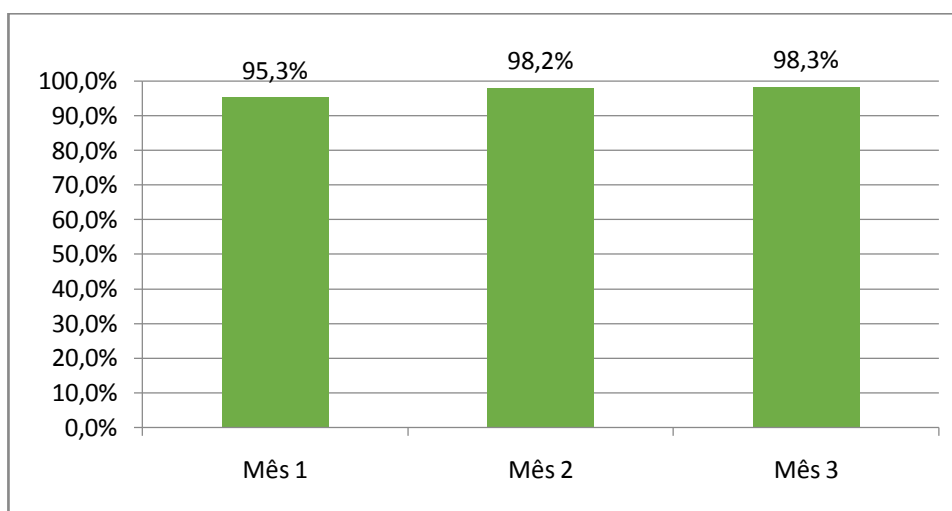


Figura 12 – Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.

Objetivo 5. Mapear pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 5.1 Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 5.2 Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.2 Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular

Em relação às pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia observou-se que no primeiro mês de 72 pessoas com hipertensão 13 tiveram estratificação de risco cardiovascular por exame clínico totalizando 18,1%, no segundo mês 69 de 128 para 53,9% e no terceiro mês 208 de 267 para 77,9% conforme figura 13.

Em relação às pessoas com diabetes observou-se que no primeiro mês 26 de 43 pessoas com diabetes tiveram estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, atingindo 60,5% desta meta; no segundo mês 96 de 114 pessoas com diabetes para um 84,2% e no terceiro mês 99 de 117 para um 84,6%; conforme figura 14

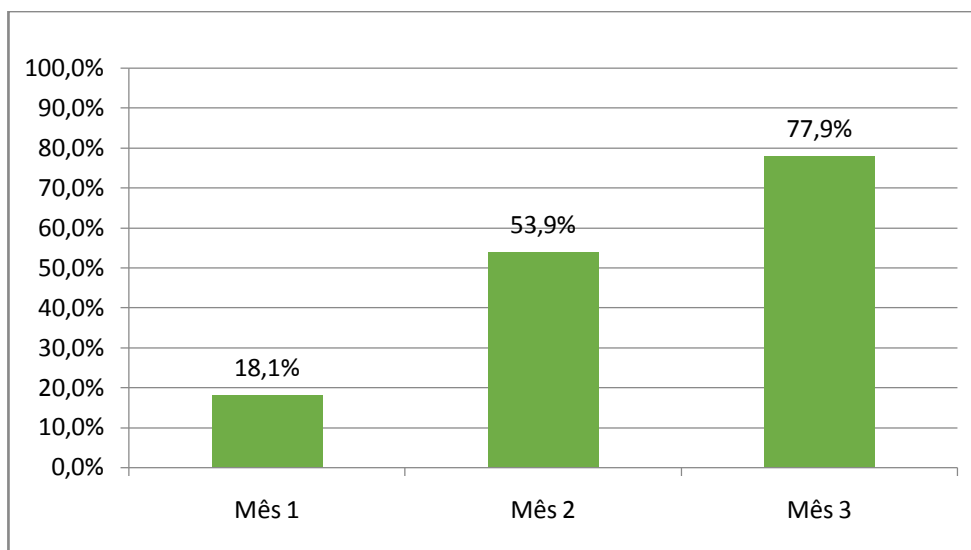


Figura 13 – Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.

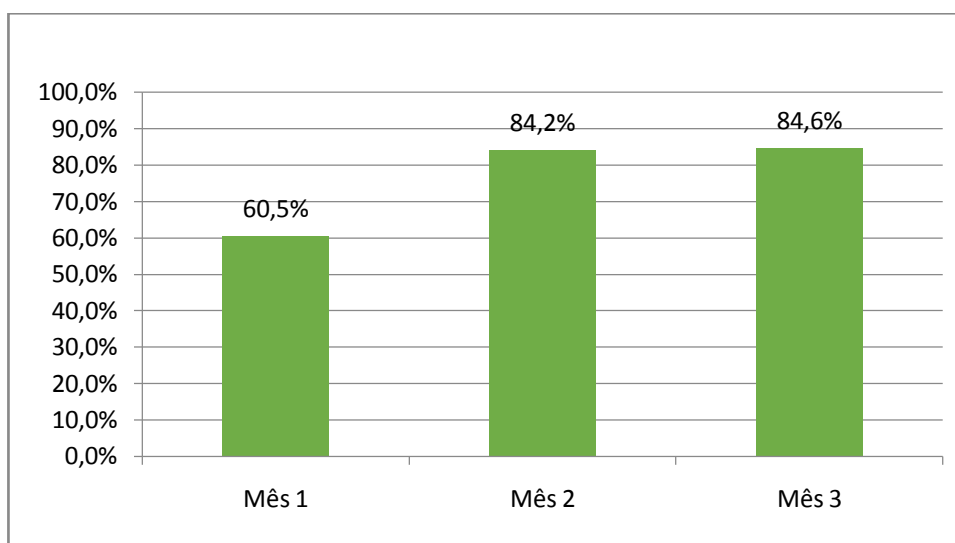


Figura 14 – Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes

Meta 6.1 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1 Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Meta 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2 Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Para cumprir com o objetivo de Promoção à saúde, foi necessário garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, garantir orientação em relação à prática regular de atividade física de 100% dos usuários com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Em relação às pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável observou-se que no primeiro mês de 72 usuários com hipertensão, 72 tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável, perfazendo 100%, e no segundo e terceiro mês 100% das pessoas com hipertensão conforme a meta.

Para garantir as metas propostas foi necessário organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável, demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade, organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade, demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do “abandono ao tabagismo”, organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Em relação às pessoas com diabetes observou-se que nos três meses 100% dos usuários tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

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

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

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

Em relação às pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes com orientação sobre a prática de atividade física regular observou-se que nos três meses todos os usuários com hipertensão e/ou pessoas com diabetes tiveram 100% de orientação sobre a prática de atividade física regular. Em relação às pessoas com diabetes observou-se que nos três meses 100% dos usuários tiveram orientação sobre atividade física regular.

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

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

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

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

Em relação às pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo observou-se que no primeiro mês de 72 usuários com hipertensão, 72 tiveram orientação, perfazendo 100%, e no segundo e terceiro mês 100% das pessoas com hipertensão. Já sobre as pessoas com diabetes observou-se que nos três meses 100% dos usuários tiveram orientação sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários pessoas com diabetes.

Indicador 6.8: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Em relação às pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal observou-se que no primeiro mês de 72 usuários pessoas com hipertensão, 71 tiveram orientação, perfazendo 98,6%, e no segundo mês 127 de 128 pessoas com hipertensão para 99,2% e no terceiro mês 266 de 267 pessoas com hipertensão para um 99,6% conforme figura 15.

Em relação às pessoas com diabetes observou-se que no primeiro mês 40 de 43 pessoas com diabetes tiveram orientação sobre higiene bucal, para um 93,0% no segundo mês 111 de 114 pessoas com diabetes tiveram orientação sobre higiene bucal, para um 97,4%; e no terceiro mês 114 de 117 pessoas com diabetes tiveram orientação sobre higiene bucal, para 97,4%; conforme figura 16.

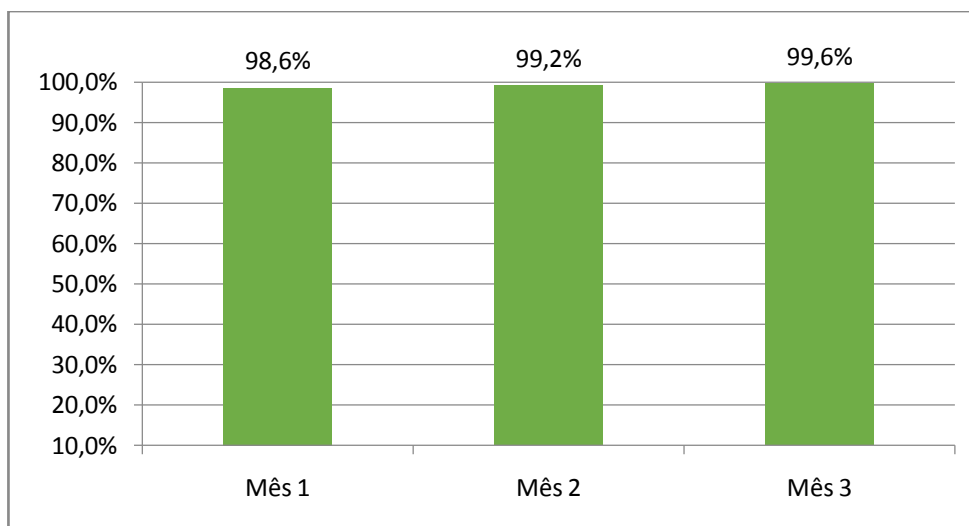


Figura 15 – Proporção de pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.

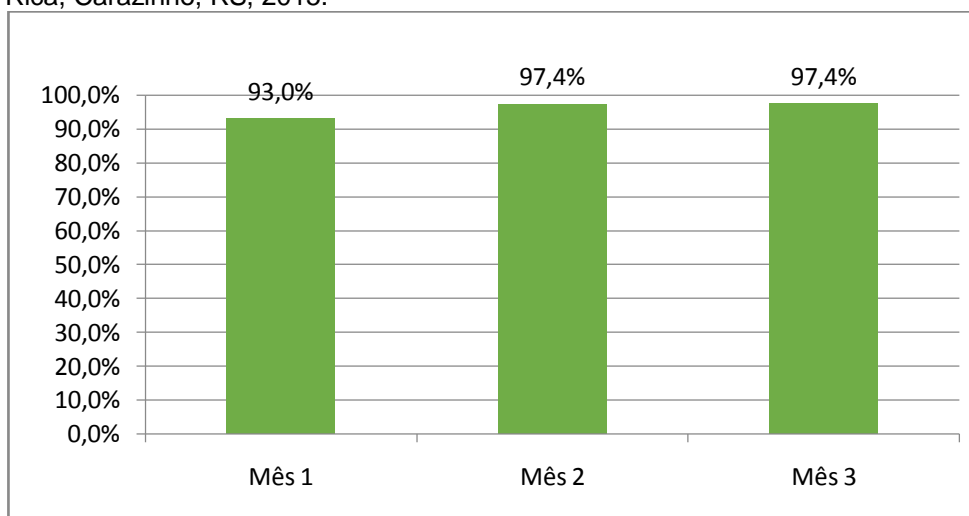


Figura 16 – Proporção de pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal na UBS Vila Rica, Carazinho, RS, 2015.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Vila Rica, no município de Carazinho do Rio Grande do Sul, proporcionou a ampliação da cobertura da atenção às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes, registro adequado nas fichas de acompanhamento, estratificação de risco e todos os usuários receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática de atividade física regular, sobre higiene bucal e conseguimos aumentar a disponibilidade de exames para os usuários da área de abrangência, prévia coordenação com a Secretaria de Saúde também se conseguiu a participação de nutricionistas nos grupos.

A intervenção exigiu a união e o esforço da equipe para aumentar a qualidade no trabalho com as pessoas com hipertensão e/ou com diabetes, pois foi necessário realizar a capacitação da equipe para que todos seguissem a um Protocolo de atendimento aos usuários, e assim, uma vez adotado por todos, foi possível melhorar o acolhimento, cadastramento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos mesmos, aumentando não só a quantidade de usuários cadastrados no programa, mas também aumentando a qualidade de vida destes usuários.

A intervenção serviu para melhorar o atendimento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, comparado com o que existia antes dele, a intervenção conseguiu implantar as atividades na rotina diária da unidade, prosseguimos com os cadastramentos das pessoas com hipertensão e/ou diabetes e na busca ativa deles bem como atendimentos provenientes da demanda espontânea e/ou das visitas diárias das ACS e com apoio dos representantes das comunidades, mantemos o preenchimento dos dados nos registros, e nas consultas, continuamos com avaliação deles e de todas as ações realizadas durante a intervenção. Com o desenvolvimento da intervenção na unidade conseguimos uma atenção qualificada a estes usuários e até melhoramos a forma de trabalho da equipe e continuaremos com estas ações na UBS.

Conseguimos reforçar o vínculo entre a comunidade e equipe; a ajuda dos líderes comunitários foi muito importante para divulgar a intervenção e sensibilizar a população ao comparecimento à UBS, contribuindo para ampliação da cobertura. Portanto, a comunidade ganhou mais qualidade na assistência à saúde.

Se fosse começar a intervenção, além de realizá-la com o mesmo foco na Saúde do hipertenso e/ou diabético, trabalharíamos com mais força para alcançar melhores resultados e faríamos um maior vínculo com a Secretaria de saúde para priorizar algumas situações que não dependem de nós como, por exemplo: aumentar o número de vagas para realização de exames aos usuários organizando o processo de tal forma a reduzir o tempo de espera para o agendamento e disponibilizar o transporte por mais horas e com maior frequência ao mês para aumentar as visitas domiciliares para aqueles com problemas de locomoção e/ou acamados.

A intervenção e suas atividades na UBS já foram incorporadas a rotina diária do serviço, todos os profissionais continuam realizando as tarefas designadas com muita responsabilidade para manter os resultados obtidos ou melhorar os mesmos. Pretendemos aumentar os grupos de pessoas com hipertensão e/ou diabetes e abordar nestes encontros temas importantes para seu cuidado e saúde, além de conhecimentos de distintas doenças que se associam ao diabetes e a hipertensão, também alcançar maior participação de outros profissionais de saúde, fornecer mais qualidade na atenção prestada para obter maior satisfação da população.

Nos próximos meses pretendemos continuar a ampliação da cobertura, e estamos pensando em iniciar a qualificação para o Programa de atenção à saúde dos idosos, já que estão relacionados de alguma forma às doenças crônicas.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Secretário de Saúde,

No período entre os meses de fevereiro e maio de 2015 foi desenvolvida uma intervenção em saúde na UBS Vila Rica, localizada no município de Carazinho/RS, cuja proposta foi melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da UBS. Os objetivos específicos desta intervenção foram:

- Ampliar a cobertura da atenção das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes da área de abrangência.
- Melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.
- Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes ao programa.
- Melhorar o registro das informações.
- Mapear pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes de risco para doença cardiovascular.
- Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Para conseguir atingir os objetivos foram traçadas metas, visando melhorar os indicadores de saúde. Almejamos cadastrar 95% das pessoas com hipertensão e 95% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde. As metas de qualidade foram todas traçadas para serem atingidas em 100%, como por exemplo, realizar exame clínico apropriado nas pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados, garantir a realização de exames complementares em dia de acordo

com o protocolo, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular, realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico, fazer busca ativa das pessoas com hipertensão e/ou diabetes faltosos às consultas, manter ficha de acompanhamento atualizada, realizar estratificação do risco cardiovascular e garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, riscos do tabagismo, higiene bucal e prática regular de atividade física.

Ao longo de três meses de intervenção os principais resultados observados foram: aumento do cadastro para 35,1% de cobertura para as pessoas com hipertensão e 62,2% para as pessoas com diabetes. Realizamos exames clínico a 100% das pessoas com hipertensão e a 100% das pessoas com diabetes cadastrados. Os exames complementares em dia de acordo com o protocolo foram ofertados a 100% das pessoas com hipertensão e a 100% das pessoas com diabetes cadastrados. A prescrição de medicamentos da farmácia popular foi ofertada a 100% das pessoas com hipertensão e 100% das pessoas com diabetes cadastrados.

No que concerne a avaliação da necessidade odontológica esta foi realizada para 100% das pessoas com hipertensão e 100% das pessoas com diabetes cadastrados. A orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo, e higiene bucal ocorreram para 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes cadastrados.

Para conseguir atingir todas as metas propostas pela equipe, foi necessária a colaboração da Secretaria de Saúde, pois desde o começo era imprescindível a implantação de um novo protocolo para a atenção ao usuário hipertenso e/ou diabético. Foi muito importante para a equipe a impressão do Protocolo e das fichas-espelho para todos os usuários atendidos, pois estamos conseguindo organizar os registros de informações desses usuários. Gostaríamos de agradecer a parceria com a Secretaria de Saúde, inserindo nos grupos de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes uma nutricionista, que tem contribuído para orientar a comunidade sobre hábitos alimentares saudáveis e mudança no estilo de vida alimentar. Ainda precisamos de muito mais ajuda dos gestores e da Secretaria para dar continuidade ao projeto e para melhorar as estruturas e materiais que a UBS necessita.

Pelo exposto, agradecemos pelo apoio recebido e pelo pronto atendimento de nossas solicitações, pois com isso alcançamos os resultados apresentados e o

atendimento foi qualificado. Também solicitamos apoio para implementação de outros projetos a fim de qualificar outras áreas da saúde como saúde do idoso, da criança, das gestantes tornando-as parte da rotina na UBS.

Atenciosamente,

Equipe de saúde da UBS Vila Rica, Carazinho/RS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Olá comunidade da UBS Vila Rica, durante três meses no ano de 2015 (fevereiro a maio) a equipe de saúde realizou uma intervenção em saúde para melhorar a assistência à saúde do hipertenso e/ou diabético, na área de abrangência da Unidade de saúde Vila Rica, em razão da necessidade de melhorar o atendimento a este grupo de usuários. É bom ressaltar que de 6.000 usuários pertencentes à Unidade foram cadastrados 267 pessoas com hipertensão perfazendo 35,1% de cobertura da população de pessoas com hipertensão e 117 pessoas com diabetes equivalente a 62,2% do total estimado para a área.

A intervenção iniciou com a capacitação da equipe sobre a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, e a informação à comunidade sobre a importância da intervenção e por meio do contato com lideranças comunitárias e junto aos grupos de pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Desta forma, foi organizado o atendimento a todos as pessoas com hipertensão e/ou diabetes que procuravam a Unidade de Saúde por algum problema de saúde, foram acolhidos, cadastrados e acompanhados, realizamos visitas domiciliares diariamente na busca ativa daqueles usuários faltosos à consulta e que pertenciam à área abrangência pelas ACS e quando necessário pelo médico, enfermeira e técnica de enfermagem.

As ACS durante as visitas domiciliares cadastravam os pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes e agendavam para que procurassem a Unidade para realizar a avaliação, além de realizar a busca ativa dos que não compareciam as consultas agendadas.

Os grupos de pessoas com hipertensão e/ou diabetes na comunidade foram realizados mensalmente onde discutimos temas de muita importância como alimentação saudável, a prática sistemática de exercícios físicos, fatores de risco para doenças crônicas, higiene bucal, os riscos do tabagismo, entre outros. Estes temas se bem internalizados e colocados em prática podem evitar que novas

doenças surjam e mantêm compensadas aquelas doenças já presentes. A todos os usuários atendidos foi realizado exame clínico completo, solicitação de exames complementares, foram prescritos medicamentos da farmácia popular e todos receberam atendimento odontológico.

Com a intervenção melhoramos muito o atendimento odontológico às pessoas com hipertensão e/ou diabetes, assim como a melhoria dos registros. Foram realizadas orientações a higiene das próteses dentárias para aqueles usuários que precisavam. Com a ajuda de toda a equipe de saúde conseguimos beneficiar 100% dos usuários que participaram desta intervenção.

Para tanto, a comunidade deve também participar ativamente e cumprir com todas as orientações fornecidas pela equipe, trazendo idéias para aprimorar nosso trabalho e assim melhorar a qualidade do serviço oferecido, pensando que todas estas ações são para eles e sua opinião é importante, participando em todas as decisões e atividades desenvolvidas pela UBS. Acredito que a participação de um representante da comunidade em alguns momentos das reuniões da UBS foi essencial para o nosso trabalho, pois fortaleceu o engajamento público e a participação social da comunidade.

Sendo assim, informamos a comunidade que daremos continuidade às ações iniciadas com a intervenção que foi desenvolvida para melhorar a saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência da Unidade Vila Rica. Agradeço em nome da equipe a participação da comunidade, pois nosso trabalho é para vocês.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da UBS Vila Rica, Carazinho/RS

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao iniciar o curso de especialização em Saúde da família minhas expectativas eram aumentar meu conhecimento de medicina familiar, ganhar mais experiência para o desempenho profissional, obter uma visão ampla e atual da saúde brasileira, conhecer os programas do SUS e melhorar com nosso trabalho e os conhecimentos adquiridos pelo curso, a saúde da população brasileira.

Ao longo do curso não só melhoramos a atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes, pois também tivemos que fazer atividades educativas como estudos da prática clínica e casos clínicos, o qual reforçou nossos conhecimentos e permitiu nos adentrar nos protocolos de atendimentos e condutas terapêuticas do Brasil. O raciocínio lógico nas tarefas de estudos de casos clínicos, as pesquisas de bibliografia, planilhas, indicadores, a pesquisa qualitativa e quantitativa também necessitaram de muita dedicação e compreensão.

Com o curso melhorei o português que a princípio representou uma das principais barreiras, mas não deixei que afetasse a qualidade do serviço oferecido. Sei que poderia ter dado mais de mim durante a intervenção, mas ainda posso fazer muito mais pela comunidade, dando continuidade às ações iniciadas e inserindo novos projetos como parte da rotina de trabalho da equipe.

Foi muito importante também minha interação com os colegas nos fóruns, pois ganhei em experiência com seus comentários, o apoio de minha professora Patrícia no DOE (Diálogo Orientador e Especializando) sempre prestativa em me ajudar e orientar bem por meio do curso de educação a distância.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica nº.37. 1ª ed. Brasília 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica. **Diabetes Mellitus**. Cadernos de Atenção Básica nº. 36. 1ª ed. Brasília 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. VIGITEL Brasil 2011. **Saúde suplementar - vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Estimativas sobre frequência e distribuição sócio demográfica de fatores de risco e proteção para doenças crônicas nas capitais dos 26 estados brasileiros e no distrito federal em 2011. Rio de Janeiro. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família - ESF e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde - PACS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 out. 2011.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/painel/painel.php?codmun=292740>> Acesso em 03 de Outubro de 2014.

OLIVEIRA, R. G. **Black Book** Clínica Médica. 2ª edição, 2014.

Anexos

Anexo A – Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B – Planilha de coleta de dados

	A	B	C	D	E	F
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 4					
2	Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?
3	Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
4		1				
5		2				
6		3				
7		4				

Planilha de coleta de dados (Colunas A a F)

	G	H	I	J	K	L
	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?
	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Planilha de coleta de dados (Colunas G a L)

	M	N	O	P	Q	R	S
	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento ?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Planilha de coleta de dados (Colunas M a S)

