

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Zona Oeste, São Gabriel-RS

William Zaldivar Jorge

Pelotas, 2015

WILLIAM ZALDIVAR JORGE

Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Zona Oeste, São Gabriel-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: Karla Soliana de Oliveira Pantaleão.

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

J82m Jorge, William Zaldivar

Melhoria da Atenção aos Usuários Hipertensos e Diabéticos na UBS Zona Oeste, São Gabriel-RS / William Zaldivar Jorge; Karla Soliana De Oliveira Pantaleão, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

74 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. Pantaleão, Karla Soliana De Oliveira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Resumo

ZALDIVAR, WilliamJorge. **Melhoria da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na UBS Zona Oeste, São Gabriel-RS.** 2015. 74f. 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 (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Evidências demonstram que o bom manejo destas doenças crônicas na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. Nesse sentido, o objetivo desse trabalho foi melhorar a atenção à saúde do usuário portador de HAS e ao usuário portador de DM na UBS/ESF Zona Oeste, São Gabriel, RS. O projeto foi estruturado e desenvolvido no período de 16 semanas. Com a implementação do projeto de intervenção foram cadastrados 544 usuários hipertensos e 146 usuários diabéticos, atingindo uma cobertura de 89,5% e 97,3%, respectivamente. Além disso, a intervenção propiciou o desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar, um maior nível de conhecimento aos profissionais mediante as atividades de qualificação da prática clínica e promoveu o trabalho integrado da equipe de saúde com a comunidade, aumentando, dessa forma, o engajamento público e a governabilidade dos profissionais na solução dos problemas que seriam de responsabilidade dos gestores.

Palavras-chave:saúde da família; atenção primária à saúde; hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus;

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.	48
Figura 2	Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.	49
Figura 3	Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.	50
Figura 4	Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.	50
Figura 5	Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.	51
Figura 6	Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.	52
Figura 7	Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada na unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.	53
Figura 8	Gráfico Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada na unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.	53
Figura 9	Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.	55
Figura 10	Gráfico Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.	56
Figura 11	Gráfico Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.	57
Figura 12	Gráfico Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.	

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
CAPS	Centro de Assistência Psico Social
CVE	Centro de Vigilância Epidemiológica
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DM	Diabete Mellitus
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NUMESC	Núcleo Municipal de Educação e Saúde Coletiva
PA	Pronto Atendimento
PIM	Programa Primeira Infância Melhor
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	7
--------------------	---

1	Análise Situacional	8
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	8
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	9
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	13
2	Análise Estratégica	15
2.1	Justificativa.....	15
2.2	Objetivos e metas.....	16
2.2.1	Objetivo geral.....	16
2.2.2	Objetivos específicos e metas.....	16
2.3	Metodologia.....	18
2.3.1	Detalhamento das ações	18
2.3.2	Indicadores	33
2.3.3	Logística.....	39
2.3.4	Cronograma.....	41
3	Relatório da Intervenção.....	43
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	43
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	45
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	45
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	46
4	Avaliação da intervenção.....	47
4.1	Resultados	47
4.2	Discussão.....	58
5	Relatório da intervenção para gestores	62
6	Relatório da Intervenção para a comunidade	65
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	67
	Referências	69
	Anexos	70
	Anexo A - Documento do comitê de ética	71
	Anexo B - Planilha de coleta de dados	72
	Anexo C - Ficha espelho.....	73
	Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias.....	74

Apresentação

O presente trabalho de intervenção foi constituído com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus pertencentes a Estratégia de Saúde Familiar de Zona Oeste, do município de São Grabiél, estado de Rio Grande do Sul. O volume está organizado em sete unidades de trabalho, construídas de maneira independentes entre si, mais sequenciais e interligadas.

Na primeira parte observamos a Análise Situacional desenvolvida na Unidade 1 do curso com o reflexo da situação de saúde da atenção primária e estratégia de saúde da família no município e das principais dificuldades que apresentam nesse serviço, e a relação entre eles.

Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2.

A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso, que oferece os principais aspectos que se implantaram para as ações propostas.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção que descreve a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4.

A quinta e sexta seções são o relatório aos gestores e o relatório para a comunidade. Na sétima seção realizou-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Por último, será apresentada a bibliografia utilizada e os anexos que foram utilizados durante a intervenção.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de agosto /2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas e sua finalização ocorreu no mês de novembro/2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O Unidade Básica de Saúde (UBS) Zona Oeste esta localizado fica na Avenida Francisco Chagas 3315, é uma das unidades de saúde com mais população do município São Grabiél com aproximadamente 17.000 pessoas que moram em 20 bairros (bairro Mariana, Viera, Cidade Nova, Esplanada, São Bento, Novo Horizonte, Trindade, Jardim Primavera, Pascotini, Lotamento Santa Casa, Vila Rocha, Maciel, Vila Lima, São Sebastião, Vargas, Vivenda, Jardim das Hortênsias, Bairro Santo Antônio, Bairro Capoti e o interior do município.

A unidade tem boas condições estruturais, ela esta constituída pela recepção, uma sala para verificação da pressão, sala de vacinas onde é feito o esquema de vacinação para as crianças e adultos,sala de pesagem e cumprimento, sala de curativos, uma consulta para atendimento odontológico, outra consulta para atendimento ginecológico, também consultas para o serviço de pediatria e clínico geral permitindo que os usuários que precisam se inter-consultar com os especialistas não tenham a necessidade de sair de sua comunidade. Temos uma equipe de trabalho muito eficiente que esta integrado até este momento por uma enfermeira padrão, três auxiliares de enfermagem, um técnico em enfermagem, três recepcionistas e duas higienizadoras, todos trabalham com muita harmonia e eficiência.

Atualmente estamos trabalhando na unidade com dois médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil mas não temos ainda a Estratégia de Saúde da Família (ESF) funcionando como foi prevista pelo programa,embora temos agendamento de usuários todos os dias damosatendimento a idosos,crianças,recém nascidos,grávidas,pessoas com doenças crônicas não transmissíveis,também fazemos visitas as casas dos usuários que têm alguma incapacidade, doença ou

situação de saúde e lhe seja impossível ir à consulta médica. Eu acredito que em pouco tempo começaremos nosso trabalho segundo a ESF já que a população está em processo de cadastramento.

O horário de trabalho é de 8 horas da manhã até meio dia e das 13 horas até as 17 horas, em total são 32 horas por semana (de terça-feira até sexta-feira) temos 8 horas por semana para estudar na especialização em saúde comunitária (segunda-feira completa). Acho que a população está muito feliz com esta nova estratégia já que as pessoas mais favorecidas são as mais humildes, as que moram nas periferias da cidade. Só com o tempo vamos poder fazer as avaliações da situação de saúde e as melhorias alcançadas.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Nosso município São Gabriel tem uma população de 60.478 habitantes, conta com 9 Unidades Básicas de Saúde (UBS), até este momento já estão trabalhando com a ESF duas unidades, as demais estão em fase de implantação, em total são 16 equipes de saúde em nosso município. Contamos com uma secretaria de saúde localizada na área central de fácil acesso para os usuários, nela se realizam os serviços de atendimento médico, odontológico, enfermagem, psicologia, também temos na secretaria um projeto que foi criado internamente no município apoiado pelo secretário de saúde que se chama Clínica da Dor, e também ocorre realização de consulta aos usuários com doenças ósseas musculares, pois essa é uma das patologias com maior queixa entre os usuários nas unidades de saúde, assim ajuda a uma melhor qualidade na atenção para estas pessoas.

Contamos com um Centro de Assistência Psico Social (CAPS) tipo 1 que atende a população referenciada do município. Temos um Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) para algumas doenças. Também contamos com uma UBS que realiza exames radiológicos onde são encaminhados os usuários atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), uma farmácia popular que tem à disposição os medicamentos mais usados pelos usuários de saúde a qual facilita o tratamento daquela parte da população com menos recursos financeiros. No município tem também serviço hospitalar, se chama a Irmandade de Santa Casa, tem serviços de

urgência, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), com ambulâncias destinadas as 24 horas para o atendimento da comunidade.

Nosso município é coordenado pela 10ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) em Alegrete, possui um Conselho Municipal de Saúde atuante com sede na secretaria municipal de saúde, onde todas as ações de saúde necessitam de sua aprovação para efetivação. O município conta com laboratórios de análises clínicas conveniados ao SUS, possui um serviço de radiologia e tomografia local, os exames eco gráficos são realizados por uma empresa contratada no município, as ressonâncias e exames de alta complexidade são encaminhados para o local de referência fora do município, ECG é realizado pela equipe de enfermagem da SEMS.

Ocorreu este ano a adesão do programa de saúde prisional e tele saúde. a secretaria conta com os seguintes programas, saúde do trabalhador, Núcleo Municipal de Educação e Saúde Coletiva (NUMESC), saúde da mulher, saúde do homem, Doenças sexualmente transmissíveis (DST)/AIDS, bolsa família/CAD único, Programa Primeira Infância Melhor (PIM), rede cegonha, amamenta e alimenta Brasil, programa de combate ao racismo institucional na atenção básica e outros. A rede de serviços municipal e constituída por unidades com serviços básicos e especializados, serviços não disponibilizados pelo município são referendados para outros municípios e contra referência. Os encaminhamentos para o tratamento fora do município são encaminhados pela 10ª CRS de Alegrete e central de marcação de consultas de Porto Alegre.

Minha unidade de saúde chama-se Zona Oeste se encontra na região periférica da cidade, mas não é uma UBS rural, é vinculado SOS serviços do SUS e presta atenção a toda população referenciada totalizando 17 mil habitantes aproximadamente ao inicio da intervenção quando ainda não tínhamos implementado a estratégia de saúde familiar, depois com a implementação da intervenção foi reorganizada a população da área pelo que ficou com uma população de 10 mil habitantes, possuímos 2 equipes de ESF, a ESF 5 e ESF 6, minha equipe com 4000 habitantes (equipe 5) e a equipe 6 com 6000 habitantes, até este momento com uma equipe de Saúde Bucal (SB), seu modelo de atenção é a ESF, mas ainda está em fase de implementação, cada uma das equipes está composta por 1 técnico de enfermagem, 1 auxiliar de enfermagem, 1 enfermeira, 6 agentes comunitários de saúde (ACS), auxiliar de saúde bucal, dentista e o médico.

Não possui vínculo com instituições de ensino. Para um atendimento com maior eficácia e resolutividade é necessário que o município implante o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e o programa melhor em casa que viria para somar junto a ESF, a necessidade de ampliação das equipes de ESF, pois a unidade possui somente uma para uma população muito extensa.

A unidade conta com uma estrutura adequada para o atendimento de duas equipes de ESF, passou recentemente por uma reforma através dos programas municipais do governo, a UBS possui consultórios médicos amplos, consultório ginecológico, odontológico, sala de espera com boa iluminação e arejada sala de vacinas, procedimentos curativos, enfermagem, triagem, acolhimento, copa, expurgo, recepção, instalações sanitárias, almoxarifado, temos rampa de acesso para deficientes físicos. Não contamos com sala de reuniões, de esterilização nem escovódromo. A rua da unidade é pavimentada e temos um adequado acesso em qualquer lugar do município.

A unidade conta com uma equipe resolutiva e humanizada, presta atenção a toda sua população referenciada e as vezes a usuários de outras populações, se realiza um correto acolhimento, as visitas domiciliares ocorrem por parte dos agentes comunitários onde se visualizam situações delicadas na saúde da população, também se realizam visitas domiciliares médicas e de enfermagem periodicamente, também consultas com agendamento e realização de orientações gerais para a população. Tudo isto deve ser melhorado, pois ainda falta ter um maior monitoramento e avaliação dos serviços assim como criar um calendário de reuniões. A população da área adstrita é de 10 mil pessoas, com perfil demográfico de extrema pobreza, a unidade esta adequada para atender toda esta população devendo ampliar as ações junto a comunidade e buscar parceiros para divulgação dos serviços. Possui uma demanda espontânea onde a população é ouvida e acolhida pelas equipes, não possuímos excesso de demanda espontânea, todas as consultas são agendadas e as urgências são atendidas pela equipe e direcionadas, através do SAMI ao Pronto Atendimento (PA) 24 horas.

As ações de saúde da criança são em forma programada através da consulta com pediatra que presta serviço na unidade de saúde, sendo que o serviço baseia se nos protocolos do MS, temos uma estimativa de 48 crianças menores de 1 ano acompanhados na área, não possuímos registro específico, devendo buscar uma forma de registro específico para facilitar o controle das ações, todas as ações

necessárias são anotadas na caderneta da criança assim como o calendário de vacinas com as datas agendadas para cada dose, existe busca ativa das crianças faltosas, o município conta com o programa da criança de risco para monitoramento e atendimento das mesmas. Foi difícil o preenchimento do caderno de ações programáticas, pois não temos registros na unidade, e como temos duas equipes para uma população de 10 mil pessoas podemos superestimar o número de crianças da área de abrangência da nossa equipe de saúde.

O pré-natal é realizado na UBS por um especialista gineco-obstetra, as consultas são agendadas assim diagnosticada a gravidez, a gestante tem acompanhamento mensal ou sempre que fosse necessário, os exames são realizados pelos laboratórios referenciados, toda gestante possui uma carteira de gestante e seu atendimento é baseado nos protocolos do MS. As gestantes possuem prontuário clínico na UBS, onde são registradas as ações assim como na carteira gestacional. A estimativa na área da minha equipe é de 40 gestantes, pois não contamos com registros específicos.

A prevenção do câncer de colo de útero e mama deve ser ampliada, pois hoje somente uma vez por semana é realizada a coleta do preventivo, devendo ser diário, a mamografia é realizada em mulheres acima dos 45 anos ou quando um histórico familiar ou fator genético. Na consulta são realizadas orientações para a realização do autoexame de mama, métodos contraceptivos e uso de camisinha. As ações são registradas nos prontuários. Aqui também é difícil estimar quantos usuários teríamos para nossa área de abrangência da nossa equipe. A estimativa segundo o número de habitantes da área é de 1100 mulheres acompanhadas para o rastreamento de câncer de útero e 413 mulheres para o rastreamento de câncer de mama.

Os diabéticos e hipertensos são atendidos na unidade de saúde por todos os médicos, seja do programa ou não, são avaliados de forma geral, se indicam os exames correspondentes e quando necessário são referenciados ao programa HIPERDIA que encontra-se na localidade junto a uma clínica do município chamada Policlínica Brandão Jr. Este tipo de atenção deve ser ampliado para as outras unidades básicas, também existe a necessidade de criação de grupos para adoção de atividades físicas, rodas de conversa e orientação. Não sabemos quantos usuários são acompanhados pela unidade, visto que são atendidos na livre

demanda e não possuímos registros específicos na unidade. A estimativa segundo o numero de habitantes e de 608 usuários hipertensos e 150 usuários diabéticos.

Já os idosos não possuíram muitas informações já que são atendidos pela livre demanda, sem seguir nenhum tipo de protocolo e também não possuímos nenhum tipo de registro destes usuários. A estimativa do numero da população idosa e de 546 habitantes.

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

Realizando uma comparação entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional, podemos dizer que de forma geral a equipe adquiriu conhecimento e maturidade no que se refere ao trabalho planejado e organizado por todos os membros da UBS. Observamos que no início do curso, a equipe não contava com uma organização da documentação que é extremamente necessária para facilitar o controle dos usuários da área de abrangência.

No que se refere à comparação dos textos poderíamos dizer que o texto inicial cita as estruturas da UBS de forma geral, mas não os problemas apresentados em cada uma delas, o qual é de suma importância, já que possibilita a equipe realizar reuniões para resolver essas dificuldades. No texto de ambientação não havia citado a cobertura das ações programáticas, o qual é muito importante, pois a equipe conhece os problemas apresentados especificamente, podendo planejar ações dirigidas para aumentar a cobertura ao atendimento dos usuários pertencentes a cada ação programática. No relatório da análise situacional, fez-se um detalhamento das ações, detectando em que ação programática deve-se enfatizar para melhorar estes indicadores.

Outra diferença encontrada, é que no texto inicial se menciona meramente os serviços prestados no município, como laboratório clínico e odontológico, mas não especificamos os problemas existentes na área para que os usuários realizassem os exames complementares e consultas odontológicas. Já no relatório explicam-se os problemas existentes para o deslocamento dos usuários, as ações que a equipe realiza para resolver o problema daqueles usuários mais carentes e isso é de grande importância, já que a equipe e a comunidade podem participar em conjunto com os

gestores para buscar possíveis soluções ao problema detectado. Vale destacar que no primeiro texto não foi mencionado a forma de agendamento aos usuários e os problemas enfrentados com a população na hora do atendimento, isso foi mencionado no relatório de Análise Situacional, tendo uma grande importância conhecer o excesso de demanda e as possíveis estratégias a serem adotadas pela equipe na solução deste problema, que na realidade comprometia a qualidade das consultas. De forma geral, podemos destacar a importância do detalhamento dos problemas existentes na UBS e na área de abrangência que foi realizado no relatório e não no texto inicial. Assim, pode-se ter uma visão panorâmica de quais ações e atividades podem ser planejadas para melhorar o serviço e focar a atenção nas ações programáticas menos desenvolvidas.

Em suma, destacamos que com os materiais disponibilizados pelo curso de especialização da UFPEL, a equipe avançou no que se refere ao desenvolvimento das suas atribuições, sendo de prática contínua, o trabalho realizado por cada um dos profissionais e integrando as práticas coletivas com a comunidade. Nossa equipe continuará trabalhando para melhorar cada dia os serviços e sem descansar, melhoraremos cada dia, nossa condição de humanidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O diabetes mellitus (DM) e a hipertensão arterial sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise (BRASIL, 2013; BRASIL 2014).

Na análise do estado situacional da saúde da nossa área de abrangência foi avaliada uma série de indicadores que interferem no grau de qualidade da saúde da população. Os indicadores que mais nos afetam são os que se referem ao puerpério e a enfermidades não transmissíveis como Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Sendo assim, selecionamos juntamente com a equipe a atenção às pessoas portadoras de HAS e DM como ação programática para desenvolver a proposta de intervenção.

É interessante o comportamento deste indicador, pois temos muitos usuários doentes diagnosticados há muito tempo, seguindo o tratamento recomendado, porém a maioria dessas pessoas continua com problemas de níveis pressóricos ou glicêmicos elevados. Isto faz pensar que algo não está funcionando corretamente no atendimento destes usuários. Nas consultas dessas pessoas é possível perceber que não sabem praticamente nada sobre sua doença nem a respeito das complicações decorrentes da mesma, também desconhecem a importância da administração adequada da medicação. Compreendemos com esses dados que os usuários nunca tiveram o acompanhamento necessário pela equipe médica, pois, nas consultas, o médico tem que ter a habilidade de perceber o grau de educação sanitária do usuário para dessa forma mudar algumas dessas condutas que não permitem a melhoria clínica.

Os resultados no controle do DM advêm da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento desses usuários, para os quais o resultado esperado além do controle da glicemia é o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade. Os objetivos mais importantes das ações de saúde em DM são controlar a glicemia e, com isso, em longo prazo, reduzir morbimortalidade causada por essa patologia. Portanto, fazer uma intervenção educativa sistematizada e permanente com os profissionais de saúde é um aspecto fundamental para mudar as práticas atuais em relação a esses problemas de saúde.

Nesta perspectiva, é de extrema importância desenvolver estratégias em equipe, com dedicação e comprometimento, a fim de melhorar os indicadores de cobertura e de qualidade deste grupo programático. Compreendo dessa forma, que é preciso investir no cadastramento dessas pessoas, pois quando os usuários forem cadastrados teremos um controle com mais precisão do perfil epidemiológico da área de abrangência. Também, será possível fazer busca ativa dos faltosos para comparecerem às consultas para assim fazer um monitoramento da sua situação clínica conforme contexto socioeconômico. Neste processo, a educação popular em saúde vai continuar sendo a ferramenta principal da medicina preventiva.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes mellitus da Unidade de Saúde da Família Zona Oeste do município de São Gabriel, RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 3.1: Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

Meta 6.5: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Zona Oeste, no Município de São Gabriel, RS. Participarão da intervenção os usuários com idade igual ou maior a 20 anos com diagnóstico de HAS e/ou DM que moram na área de abrangência da UBS.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações:

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

Organização e gestão do serviço: melhorar o acolhimento para portadores de HAS e DM que, com a organização do agendamento da unidade, medição de PA e demais Sinais Vitais para todos os acolhidos na demanda espontânea na nossa unidade que será realizado por toda a equipe.

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

Qualificação da Prática Clínica: o médico e enfermeira farão a capacitação dos ACS para o cadastramento de usuários hipertensos de toda área de abrangência.

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

Ações:

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

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

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

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

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

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

Ações:

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

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

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

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

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

Ações:

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

Organização e Gestão do serviço: as ações vão ser realizadas através da das consultas médicas por meio de agendamento seguindo o protocolo, solicitação e

agendamento de exames complementares em cada consulta, atualização dos cadastros de medicação, e avaliação e agendamento odontológico pelo cirurgião-dentista da unidade com cada um dos usuários portadores de diabetes cadastrados na unidade.

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

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, estas ações vão ser realizadas mediante a revisão dos registros individuais dos usuários hipertensos atendidos no programa.

Organização e Gestão do serviço: Garantir a solicitação dos exames complementares a todos os usuários hipertensos. Estas ações vão ser desenvolvidas no atendimento periódico de acompanhamento como parte intrínseca das mesmas consultas.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares a traves dos grupos de hipertensos mediante a realização de atividades de promoção de saúde desenvolvidas na unidade de saúde com uma periodicidade quinzenal e dirigida pelos agentes comunitários de saúde.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares para usuários hipertensos. As ações de capacitação serão realizadas ao inicio da intervenção e será em reuniões com toda a equipe de saúde.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, estas ações vão ser realizadas mediante a revisão dos registros individuais dos usuários hipertensos atendidos no programa.

Organização e Gestão do serviço: Garantir a solicitação dos exames complementares a todos os usuários diabéticos. Estas ações vão ser desenvolvidas no atendimento periódico de acompanhamento como parte intrínseca das mesmas consultas.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares a traves dos grupos de diabéticos mediante a realização de atividades de promoção de saúde desenvolvidas na unidade de saúde com uma periodicidade quinzenal e dirigida pelos agentes comunitários de saúde.

Qualificação da Prática Clínica:Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares para usuários diabéticos. As ações de capacitação serão realizadas ao inicio da intervenção e será em reuniões com toda a equipe de saúde.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia para todos os usuários hipertensos do programa consultados na unidade de saúde. As ações vão ser realizadas mediante a supervisão dos registros individuais dos usuários hipertensos.

Organização e Gestão do serviço:Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde. Para dar saída a esta ação vamos a criar uma agenda para registrar os medicamentos usados por os

usuários hipertensos que fazem parte do programa de atenção a hipertensão arterial.

Engajamento Público:Orientar os usuários hipertensos quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Estas ações de engajamento vão ser desenvolvida em dois espaços, durante visitas domiciliares e na unidade de saúde como parte intrínseca da consulta de acompanhamento.

Qualificação da Prática Clínica:Capacitar a equipe mediante ações de capacitação para orientar os hipertensos sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. As ações vão ser desenvolvidas a traves de reuniões periódicas na unidade de saúde.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia para todos os usuários diabéticos do programa consultados na unidade de saúde. As ações vão ser realizadas mediante a supervisão dos registros individuais dos usuários hipertensos.

Organização e Gestão do serviço:Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Para dar saída a esta ação vamos a criar uma agenda para registrar os medicamentos usados por os usuários hipertensos que fazem parte do programa de atenção a hipertensão arterial.

Engajamento Público:Orientar os usuários diabéticos quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Estas ações de engajamento vão ser desenvolvida em dois espaços, durante visitas domiciliares e na unidade de saúde como parte intrínseca da consulta de acompanhamento.

Qualificação da Prática Clínica:Capacitar a equipe mediante ações de capacitação para orientar os diabéticos sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos

da Farmácia Popular/Hiperdia. As ações vão ser desenvolvidas a traves de reuniões periódicas na unidade de saúde.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar os usuários hipertensos que necessitam de atendimento odontológico mediante a supervisão dos registros individuais, esta ação vai ser realizada mensalmente pela técnica em enfermagem.

Organização e Gestão do serviço: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos; organizar a agenda de saúde bucal onde vão ser registrados os usuários hipertensos com necessidade de atendimento odontológico, o registro se efetuará mensalmente pela técnica de enfermagem.

Engajamento Público: Orientar aos usuários hipertensos sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal nos espaços das consultas, visitas domiciliares e mediante ações de promoção de saúde nos grupos de hipertensos.

Qualificação da Prática Clínica: Se realizarão ações de capacitação com toda a equipe durante as reuniões semanais para fomentar o conhecimento da avaliação da saúde bucal nos usuários hipertensos.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar os usuários diabéticos que necessitam de atendimento odontológico mediante a supervisão dos registros individuais, esta ação vai ser realizada mensalmente pela técnica em enfermagem.

Organização e Gestão do serviço: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos; organizar a agenda de saúde bucal onde vão ser registrados os usuários hipertensos com necessidade de atendimento odontológico, o registro se efetuará mensalmente pela técnica de enfermagem.

Engajamento Público: Orientar aos usuários diabéticos sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal nos espaços das consultas, visitas domiciliares e mediante ações de promoção de saúde nos grupos de hipertensos.

Qualificação da Prática Clínica: Se realizarão ações de capacitação com toda a equipe durante as reuniões semanais para fomentar o conhecimento da avaliação da saúde bucal nos usuários diabéticos.

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

Meta 3.1: Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, as ações serão realizadas pelo pessoal de enfermagem mediante a supervisão de registros dos usuários hipertensos cadastrados na unidade, a frequência será mensal.

Organização e Gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, para esta e necessária a criação de uma programação por semanas dos usuários hipertensos a visitar e número de visitas domiciliares a realizar pelo médico da unidade mediante uma coordenação com os agentes comunitários de saúde.

Engajamento Público: se desenvolverá mediante as próprias consultas e mediante ações de promoção de saúde nos grupos de hipertensos da unidade para informar a importância das consultas médicas com a periodicidade estabelecida.

Qualificação da Prática Clínica: vão ser realizadas mediante ações de capacitação nas reuniões semanais com os agentes comunitários para a orientação da importância das consultas de acompanhamento de usuários hipertensos.

Meta 3.2: Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, as ações serão realizadas pelo pessoal de

enfermagem mediante a supervisão de registros dos usuários diabéticos cadastrados na unidade, a frequência será mensal.

Organização e Gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, para esta e necessária a criação de uma programação por semanas dos usuários diabéticos a visitar e numero de visitas domiciliares a realizar pelo médico da unidade mediante uma coordenação com os agentes comunitários de saúde.

Engajamento Público: se desenvolverá mediante as próprias consultas e mediante ações de promoção de saúde nos grupos de diabéticos da unidade para informar a importância das consultas medicas com a periodicidade estabelecida.

Qualificação da Prática Clínica: vão ser realizadas mediante ações de capacitação nas reuniões semanais com os agentes comunitários para a orientação da importância das consultas de acompanhamento de usuários diabéticos.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde mediante a supervisão dos mesmos pelo pessoal de enfermagem. Esta tarefa pode se realizar com periodicidade quinzenal.

Organização e Gestão do serviço: se realizara uma reunião ao inicio da intervenção para determinar responsável do monitoramento dos registros dos usuários hipertensos assim como a verificação de situações como atrasos a consultas, realização de exames, estratificação de risco.

Engajamento Público: se realizarão ações de orientação a usuários hipertensos cadastrados na unidade sobre seu direito de ter registro de atendimento individual, as orientações serão dadas nas consultas de acompanhamento e nos grupos de hipertensos a traves de atividades de promoção.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas mediante

atividades de capacitação que serão desenvolvidas ao início da intervenção com toda a equipe de saúde.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde mediante a supervisão dos mesmos pelo pessoal de enfermagem. Esta tarefa pode se realizar com periodicidade quinzenal.

Organização e Gestão do serviço: se realizara uma reunião ao início da intervenção para determinar responsável do monitoramento dos registros dos usuários diabéticos assim como a verificação de situações como atrasos a consultas, realização de exames, estratificação de risco.

Engajamento Público: se realizarão ações de orientação a usuários diabéticos cadastrados na unidade sobre seu direito de ter registro de atendimento individual, as orientações serão dadas nas consultas de acompanhamento e nos grupos de hipertensos a traves de atividades de promoção.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas mediante atividades de capacitação que serão desenvolvidas ao início da intervenção com toda a equipe de saúde.

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

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Para dar cumprimento dessa tarefa vamos contar com o responsável da verificação nos registros individuais de atendimento da unidade de saúde. A frequência será mensalmente.

Organização e Gestão do serviço: Vamos criar uma agenda com o responsável da atividade para registrar os usuários hipertensos avaliados de risco para dar priorização na hora do agendamento das consultas de acompanhamento.

Engajamento Público: se realizarão mediante orientações a usuários hipertensos e familiares sobre a importância das consultas de acompanhamento e a modificação dos fatores de risco cardiovascular. As orientações se realizarão nos espaços das consultas, visitas domiciliares e nos grupos de hipertensos.

Qualificação da Prática Clínica: Realizar atividades de capacitação a equipe ao início da intervenção quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis nos usuários hipertensos da unidade.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Para dar cumprimento dessa tarefa vamos contar com o responsável da verificação nos registros individuais de atendimento da unidade de saúde. A frequência será mensalmente.

Organização e Gestão do serviço: Vamos criar uma agenda com o responsável da atividade para registrar os usuários diabéticos avaliados de risco para dar priorização na hora do agendamento das consultas de acompanhamento.

Engajamento Público: se realizarão mediante orientações a usuários diabéticos e familiares sobre a importância das consultas de acompanhamento e a modificação dos fatores de risco cardiovascular. As orientações se realizarão nos espaços das consultas, visitas domiciliares e nos grupos de hipertensos.

Qualificação da Prática Clínica: Realizar atividades de capacitação a equipe ao início da intervenção quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis nos usuários diabéticos da unidade.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Objetivo 6: Promoção de saúde.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: Realizar monitoramento da realização de orientações nutricionais adequadas para usuários hipertensos da unidade a traves da revisão das fichas e registros médicos e de atendimento odontológico.

Organização e Gestão do serviço: organizar praticas coletivas sobre alimentação saudável, serão realizadas em atividades de promoção de saúde nos grupos de hipertensos da unidade.

Engajamento Público: Orientar a usuários hipertensos e familiares sobre uma alimentação saudável a traves das consultas medicas de acompanhamento, visitas domiciliares e atividades de promoção nos grupos de hipertensos.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade sobre praticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde, se realizarão mediante atividades de capacitação nas reuniões semanais com toda equipe de saúde.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: Realizar monitoramento da realização de orientações nutricionais adequadas para usuários diabéticos da unidade a traves da revisão das fichas e registros médicos e de atendimento odontológico.

Organização e Gestão do serviço: organizar praticas coletivas sobre alimentação saudável, serão realizadas em atividades de promoção de saúde nos grupos de diabéticos da unidade.

Engajamento Público: Orientar a usuários diabéticos e familiares sobre uma alimentação saudável a traves das consultas medicas de acompanhamento, visitas domiciliares e atividades de promoção nos grupos de diabéticos.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade sobre praticas de alimentação saudável e metodologias de educação em saúde, se realizarão mediante atividades de capacitação nas reuniões semanais com toda equipe de saúde.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos da unidade a traves da revisão das fichas e registros médicos.

Organização e Gestão do serviço: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física serão realizadas em atividades de promoção de saúde nos grupos de hipertensos da unidade.

Engajamento Público: Orientar hipertensos e familiares sobre a importância da prática de atividade física regular saudável a traves das consultas medicas de acompanhamento, visitas domiciliares e atividades de promoção nos grupos de hipertensos

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade sobre a promoção da pratica de atividade física regular e metodologias de educação em saúde, se realizarão mediante atividades de capacitação nas reuniões semanais com toda equipe de saúde.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos da unidade a traves da revisão das fichas e registros médicos.

Organização e Gestão do serviço: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, serão realizadas em atividades de promoção de saúde nos grupos de diabéticos da unidade.

Engajamento Público: Orientar diabéticos e familiares sobre a importância da prática de atividade física regular saudável a través das consultas médicas de acompanhamento, visitas domiciliares e atividades de promoção nos grupos de diabéticos.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade sobre a promoção da prática de atividade física regular e metodologias de educação em saúde, se realizarão mediante atividades de capacitação nas reuniões semanais com toda equipe de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientações sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientações sobre tabagismo em usuários hipertensos e familiares da unidade de saúde, serão realizadas mediante a verificação dos registros individuais pela enfermeira com frequência quinzenal.

Organização e Gestão do serviço: Manter a disposição os medicamentos necessários para o abandono do hábito de fumar nos usuários hipertensos, se realizarão mediante a colaboração com o gestor de saúde municipal.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Esta ação se realizará a través dos grupos de hipertensos e nas consultas médicas de acompanhamento mediante conversas educativas.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe sobre o tratamento de usuários hipertensos tabagistas assim como metodologias de educação em saúde. Realizarão se a través de atividades de capacitação na unidade com toda a equipe de saúde.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientações sobre tabagismo em usuários diabéticos e familiares da unidade de saúde, serão realizadas mediante a verificação dos registros individuais pela enfermeira com frequência quinzenal.

Organização e Gestão do serviço: Manter a disposição os medicamentos necessários para o abandono do habito de fumar nos usuários diabéticos, se realizarão mediante a colaboração com o gestor de saúde municipal.

Engajamento Público: Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Esta ação se realizará a traves dos grupos de hipertensos e nas consultas medicas de acompanhamento mediante conversas educativas.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe sobre o tratamento de usuários diabéticos tabagistas assim como metodologias de educação em saúde. Realizarão se a traves de atividades de capacitação na unidade com toda a equipe de saúde.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos mediante a verificação periódica dos registros individuais dos usuários.

Organização e Gestão do serviço: Organizar um tempo das consultas medicas para dar orientações aos usuários hipertensos sobre a importância da higiene bucal.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal mediante a promoção de saúde realizada nas consultas de acompanhamento e nos grupos de hipertensos da unidade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal a usuários hipertensos da unidade de saúde mediante atividades de capacitação semanais em conjunto com os agentes comunitários de saúde.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos mediante a verificação periódica dos registros individuais dos usuários.

Organização e Gestão do serviço: Organizar um tempo das consultas medicas para dar orientações aos usuários diabéticos sobre a importância da higiene bucal.

Engajamento Público: Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal mediante a promoção de saúde realizada nas consultas de acompanhamento e nos grupos de hipertensos da unidade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal a usuários diabéticos da unidade de saúde mediante atividades de capacitação semanais em conjunto com os agentes comunitários de saúde.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1 Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

Indicador 2 Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 4 Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia

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

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

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

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

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

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

Indicador 2.5 Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

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

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

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

Indicador 2.6 Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Meta 3.1 Buscar 100% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Meta 3.2 Buscar 100% do diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de HAS e DM vamos adotar os Manuais Técnicos para DM e HAS do Ministério da Saúde, 2013. Utilizaremos ficha de atendimento ao usuário a ficha espelho. E assim, para organizar o registro específico do programa, o pessoal da UBS (enfermagem, agentes comunitários ou médico) localizará os prontuários dos usuários que sofrem de HAS ou DM e que procuraram atendimento na UBS nos últimos 3 meses e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho e posteriormente fará a busca ativa desses usuários para complementação das ações. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em

atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso ou necessidade de avaliação odontológica em atraso.

Para dar saída a todas essas ações é preciso dispor dentre outras coisas da logística, pois esta corresponde à base de toda a estrutura da intervenção. Dessa forma, posso afirmar que dispomos em nossa unidade de saúde de uma boa estrutura física e de recursos materiais suficientes para propiciar adequado funcionamento deste serviço. Nossa UBS dispõe de uma sala para consulta com o médico, uma sala para consulta ginecológica e de mesas, cadeiras, arquivos, assim como de todos os aparelhos necessários para uma adequada prática clínica, tais como: fita métrica, otoscópio e esfigmomanômetro, entre outros materiais de trabalho como folhas, receituários, modelos de fichas de atendimento, prontuários, cadernetas para crianças e gestantes. Toda esta estrutura vai possibilitar as ações de monitoramento e avaliação e ações de qualificação da prática clínica.

Ademais, contamos com um computador com acesso a internet, o que vai possibilitar a pesquisa de informações e bibliografias, contamos com materiais de promoção de saúde para colocar nas paredes da sala de espera e na consulta. Na equipe temos uma enfermeira, um técnico de enfermagem, 6 agentes comunitários de saúde, mas ainda estão trabalhando nas comunidades. Na equipe não temos, mas contamos com nutricionista e psicologista na secretaria de saúde do município. Acho que com uma equipe com integrantes comprometidos e preparados podemos dar saída às ações propostas para alcançar as metas propostas para esta intervenção.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
-Apresentação do projeto de intervenção na unidade de saúde.	x															
-Monitorar o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos no programa de Atenção a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na unidade de saúde.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
-Monitorar os usuários hipertensos e diabéticos faltosos a consultas.				x				x				x				x
-Monitorar a qualidade dos registros de usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.		x		x		x		x		x		x		x		x
-Garantir os recursos para um acolhimento adequado dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na área de saúde.	x															
-Orientar as atribuições de cada membro da equipe no atendimento médico de usuários hipertensos e diabéticos		x														
-Organizar a capacitação dos profissionais da unidade de saúde de acordo com o protocolo adotado pela unidade.				x												
-Organizar o sistema de atendimento odontológico para usuários hipertensos e diabéticos avaliados em consulta medica.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
- Organizar e aumentar o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos da unidade de saúde.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
-Organizar um atendimento priorizado para usuários hipertensos e diabéticos avaliados de alto risco cardiovascular	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
-Realizar atividade de promoção de saúde com usuários hipertensos e diabéticos e seus familiares nos grupos de hipertensos e diabéticos.		x		x		x		x		x		x		x		x
-Realizar atividades educativas com usuários da unidade de saúde na comunidade.				x				x				x				x

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Para a realização da intervenção, nossa equipe elaborou um cronograma de atividades com o intuito de melhorar os programas de atenção a hipertensos e diabéticos. Nesse cenário, o curso de especialização precisou fazer uma redução no período de duração da intervenção de 16 semanas para 13, devido ao período de férias dos profissionais. Entretanto, no período pelo qual me afastei das atividades laborais para as férias, a minha equipe deu continuidade à intervenção, assim mantivemos o período de duração da intervenção em 16 semanas, conforme orientação da coordenação do curso. O cronograma planejado para as atividades do projeto de intervenção foram planejadas só para a equipe numero 5 porque as ações se desenvolveram com a população dessa equipe.

Para realizar as atividades diárias com o objetivo de cumprir com as ações planejadas foi preciso mudar algumas questões referentes a organização do serviço na UBS, começando pela recepção ate a organização das consultas medicas. Organizou-se o trabalho em equipe no qual cada um dos seus integrantes participou ordenadamente. Foram organizados os dias de atendimento médico, das visitas domiciliares, das atividades de promoção de saúde e das atividades de capacitação para a equipe.

A fim de alcançarmos o objetivo de qualificar o programa de atenção a hipertensos e diabéticos foi necessário sistematizar e desenvolver diversas ações que propiciassem uma melhor organização do serviço e monitorização das atividades.

Iniciamos a intervenção fazendo uma reunião com a equipe da UBS integrada por um enfermeiro, um técnico de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde e um médico. Falamos sobre a importância da intervenção para atingir um melhor

atendimento para toda a população em geral e especificamente a hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência com qualidade.

Nesta perspectiva, com a equipe comprometida com o desenvolvimento das ações propostas para a intervenção, foi feita a busca ativa dos hipertensos e diabéticos na área de abrangência, fazendo sempre o atendimento para toda população, priorizando as consultas e atendimento dos mesmos durante todo o estudo realizado.

Neste propósito, foram realizadas diversas atividades de educação permanente com ênfase na prevenção e promoção da saúde, a fim de propiciar mudanças no modo e estilo de vida desse grupo populacional e assim, garantir uma atenção de forma integral. Deste modo, foram prescritos os exames complementares de acordo com o protocolo e fornecidos os medicamentos protocolados pelo Ministério da Saúde.

No período da intervenção foram realizadas as consultas de acompanhamento, como mínimo 1 consulta no período das 13 semanas, fornecemos orientações sobre alimentação saudável, atividade física saudável, higiene bucal, risco da prática do tabagismo. Realizou se a avaliação de risco cardiovascular dos usuários hipertensos e diabéticos no exame clínico. Também foi explicada a importância de assistir a todas as consultas de acompanhamentos programadas. Todas essas ações foram registradas na planilha de coleta de dados e fichas espelhos de cada um deles.

A população ficou engajada com o processo de acompanhamento e as atividades desenvolvidas durante o período da intervenção mediante atividades de promoção de saúde realizadas na comunidade em centros escolares, igrejas e na mesma UBS com a ajuda dos agentes comunitários de saúde. Também se realizou engajamento público nas mesmas consultas médicas de acompanhamento individuais onde se ofereceu orientações sobre alimentação saudável, importância da realização de atividade física saudável, uso de medicamentos e a importância de assistir as consultas de acompanhamento programadas.

No que tange a prática clínica, realizamos atendimentos diariamente a todas os hipertensos e diabéticos que chegavam na UBS, com agendamento realizado ou demanda espontânea. Para os usuários que faltavam às consultas e também àqueles que apresentavam risco cardiovascular, fizemos visitas domiciliares e percebemos como a população foi receptiva com as orientações dadas.

De forma continuada e diária, sempre foi dado um atendimento de qualidade aos usuários hipertensos e diabéticos na unidade de saúde, com os exames complementares sendo realizados, em conformidade com o que é estabelecido no protocolo, sempre promovendo ações de promoção à saúde e prevenção de agravos.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações que foram propostas para o projeto podiam ser cumpridas pela equipe e eram viáveis para o nosso trabalho, de fácil realização, sem muito custo. Assim, as ações propostas para a intervenção foram cumpridas, mas durante o processo também tivemos alguns percalços. No início, apresentamos algumas dificuldades no que diz respeito à obtenção dos dados que precisávamos, afinal, não se tinha controle dos dados nem as ações realizadas com os usuários hipertensos e diabéticos da unidade. Mas foi possível realizar o preenchimento das planilhas de coleta de dados com cada um dos hipertensos e diabéticos na unidade de saúde utilizando o material de apoio disponibilizado pelo curso, como as fichas-espelho, que foram incorporadas à rotina do serviço.

Tivemos ainda, outras dificuldades para desenvolver a intervenção, tais como: resistência da população ao cadastramento inicial e para comparecer às consultas na unidade com regularidade; deficiência no transporte para fazer as visitas domiciliares.

Conforme dito anteriormente, esses entraves que poderiam comprometer o desenvolvimento dos programas foram enfrentados e solucionados de forma adequada com o trabalho em equipe. E, por meio da sensibilização da equipe e da população acerca da importância de realizar um bom acompanhamento médico, fortalecendo as ações de acolhimento e de qualificação da prática clínica e tomando medidas junto à gestão, foi possível vislumbrar uma maior adesão ao programa.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Com relação à coleta e sistematização dos dados, este se constituiu de fato um desafio inicial, porque não tínhamos controle das ações que eram feitas junto

aos hipertensos e diabéticos na unidade. Problemas como a desatualização do programa do usuário idoso, o preenchimento inadequado das histórias clínicas dificultaram a coleta de informações sobre exames complementares em dia, fatores de risco, realização de educação em saúde, imunização, dentre outros.

Para coletar todos os dados de cada uma dos hipertensos e diabéticos, buscamos inicialmente os prontuários, o que foi realizado principalmente por parte dos outros profissionais de enfermagem, e quinzenalmente era preenchido cada um dos dados nas fichas espelhos, realizando-se esta ação referente às consultas planejadas dos usuários, atualizando os dados já existentes desde a consulta anterior e outras informações provenientes das visitas domiciliares.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O processo de incorporação das ações previstas no projeto à rotina diária da UBS tem bom desenvolvimento e aceitação por parte da equipe e população, com o envolvimento de todos em torno do projeto. Deste modo, seguiremos atuando nesta perspectiva em nossa unidade de saúde, utilizando as fichas espelhos do curso e monitorando as ações realizadas junto à população, para que a cada dia tenhamos maior domínio sobre o nosso fazer.

Vale ressaltar que, os resultados alcançados foram, sobretudo, fruto do trabalho desenvolvido em equipe, através da oferta de um bom acolhimento, controle, avaliação e tratamento, buscando com competência e resolutividade, dar conta das demandas de saúde da população.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Ao longo da intervenção houve mudanças nos resultados dos indicadores de saúde, as quais serão detalhadas a seguir.

OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.1: Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde.

Os indicadores da intervenção tiveram variações durante o processo, assim, a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde atingiu 76 (12,5%) hipertensos no primeiro mês, no segundo mês atingiu 286 (47%) hipertensos, no terceiro mês atingiu 500 (82,2%) hipertensos e no quarto mês, alcançamos 544 hipertensos, o que representou 89,5 % da cobertura.

A cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde atingiu 26 (17,3%) usuários no primeiro mês, 125 (83,3%) diabéticos no segundo mês, 141(94%) diabéticos no terceiro mês e 146 usuários diabéticos no quarto mês da intervenção, o que significou 97,3 % da cobertura.

No monitoramento da intervenção a equipe percebeu que nas primeiras semanas o número de cadastrados no programa não atingia as nossas metas da cobertura, o número ficou bem abaixo do planejado. Mas com o trabalho de toda a equipe com o objetivo de divulgar o programa e de captar as pessoas residentes na área portadoras de HAS e/ou DM. O início da intervenção coincidiu com a implantação da ESF no município, o qual trouxe mudanças radicais na forma de atendimento aos usuários.

Antes da intervenção e da implantação da ESF os usuários com diagnóstico de hipertensão e diabetes eram acompanhados através do programa HIPERDIA na Secretaria de Saúde e não na UBS. Com a implantação da ESF os usuários foram informados sobre o programa de atenção ao hipertenso e/ou diabético na UBS. Isso foi importante porque captou os usuários para o acompanhamento na UBS. O cadastramento dos ACS e o trabalho da equipe toda no acolhimento da população foram cruciais para trazer a população para a unidade de saúde. Por outra parte se realizaram algumas modificações na forma do atendimento no serviço para aumentar o numero de usuários acompanhados e assim cumprir com as metas planejadas. Algumas dessas modificações foram o aumento do numero de usuários agendados para as consultas, priorização no atendimento dos hipertensos e diabéticos e busca ativa de todos os hipertensos e diabéticos cadastrados pelos agentes comunitários de saúde.

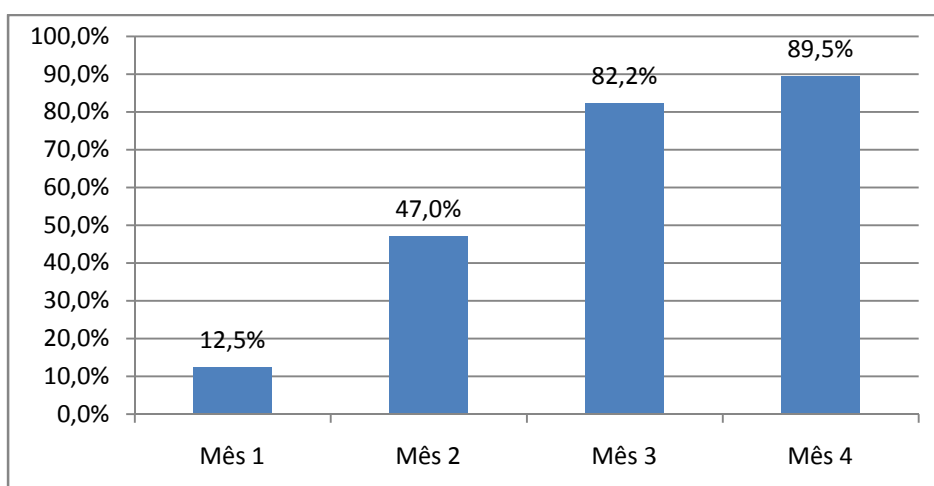


Figura 1 Gráfico Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.

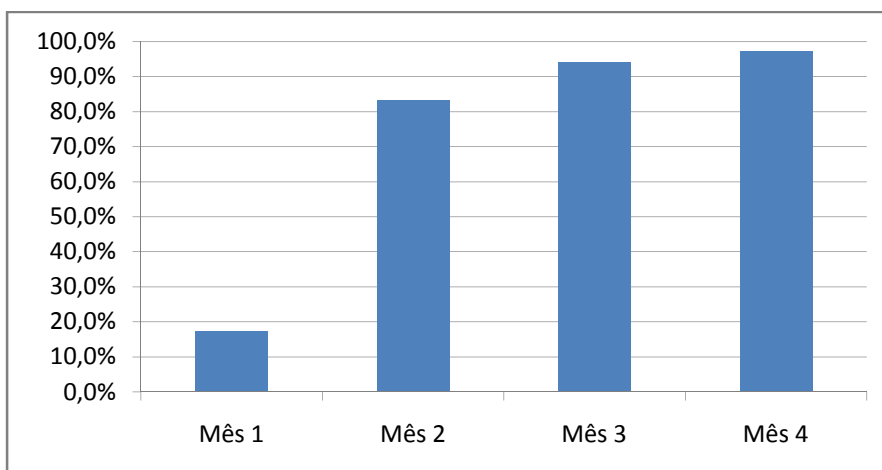


Figura 2 Gráfico Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.

OBJETIVO 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

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

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

A proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo também sofreu uma mudança visível, pois nos dois primeiros meses da intervenção alcançamos 100%, 76 hipertensos no primeiro mês e 286 no segundo realizaram exame clínico de acordo com o protocolo. No terceiro mês 480 (96%) hipertensos realizaram o exame clínico, e no quarto mês 524 (96,3%) hipertensos estavam com exame clínico realizado de acordo com o protocolo.

No caso da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, o indicador variou de 26 (100%) no primeiro mês, 125 (100%) no segundo mês, 139 (98,6%) no terceiro mês e 144 (98,6%) no quarto mês da intervenção.

Essa mudança nos indicadores foi possível devido o trabalho de cadastramento feito pelos agentes comunitários de saúde, além do trabalho em equipe encaminhado à melhoria da saúde da comunidade, além do monitoramento dos exames realizados para os hipertensos e diabéticos residentes na área.

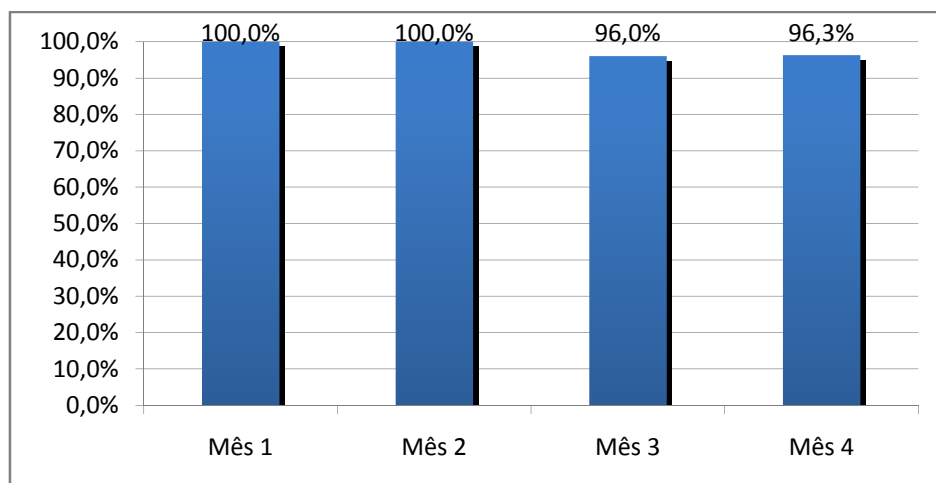


Figura 3 Gráfico Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.

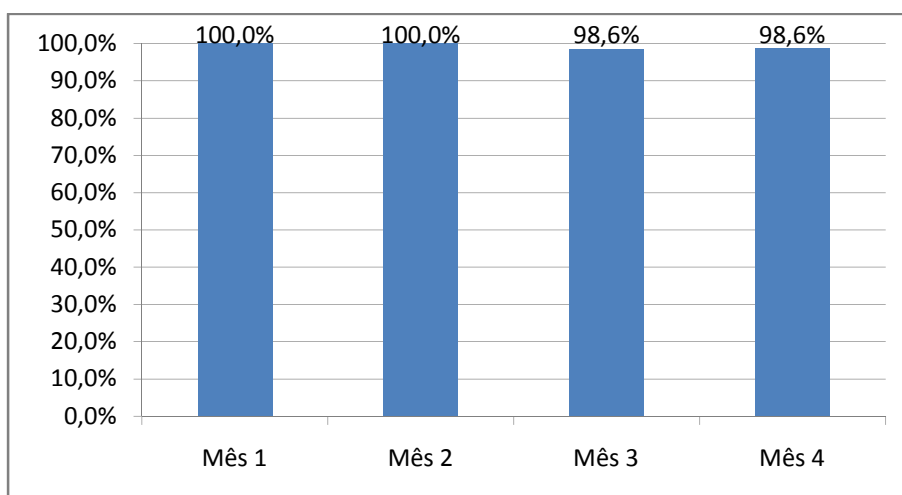


Figura 4 Gráfico Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.

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

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

A proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo variou de 76 até 524 usuários entre os quatro meses da intervenção. No primeiro e segundo mês alcançamos 100%, visto que 76 hipertensos no primeiro mês e 286 no segundo estavam com exames complementares realizados de acordo com o protocolo. No terceiro mês 480 (96%) hipertensos estavam em dia com os exames complementares e no quarto e último mês da intervenção 524 hipertensos estavam com seus exames complementares realizados conforme recomendações do protocolo, este número absoluto

corresponde a 96,3%, já que o total de hipertensos cadastrados e acompanhados no quarto mês foi de 544 usuários.

Quanto aos diabéticos, os resultados são semelhantes. Alcançamos 100% no primeiro e segundo mês da intervenção, em números absolutos, 26 diabéticos no primeiro mês e 125 no segundo estavam com exames complementares realizados segundo o protocolo. No terceiro mês 139 (98,6%) diabéticos haviam realizado seus exames complementares, e no quarto mês, 144 (98,6%) diabéticos estavam em dia com seus exames complementares. O total de diabéticos cadastrados e acompanhados no final da intervenção foi de 146.

Esses resultados se estabeleceram devido ao fato de termos iniciado a intervenção quase ao mesmo tempo em que foram implantadas as ESF no município, pois antes disso os usuários eram acompanhados na secretaria de saúde, mas na maioria dos casos só trocavam as receitas da medicação, pois não existia um sistema para o acompanhamento dos usuários, tão pouco controle de exames realizados.

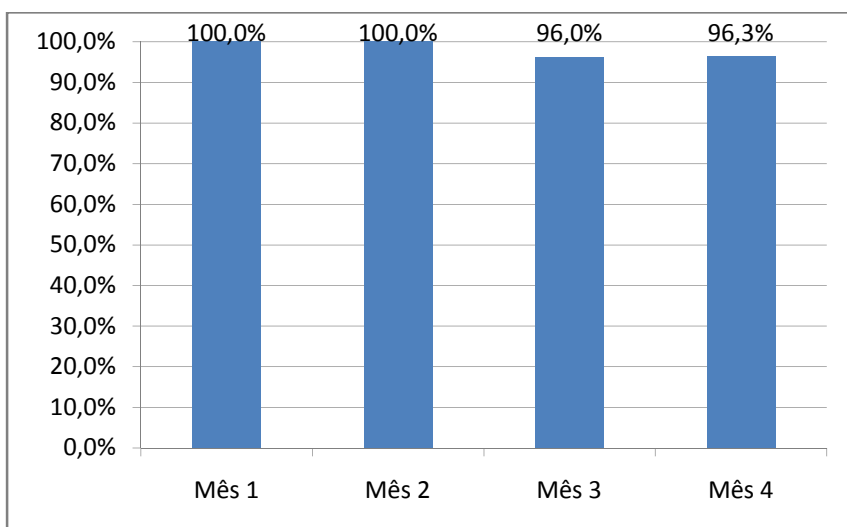


Figura 5 Gráfico Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.

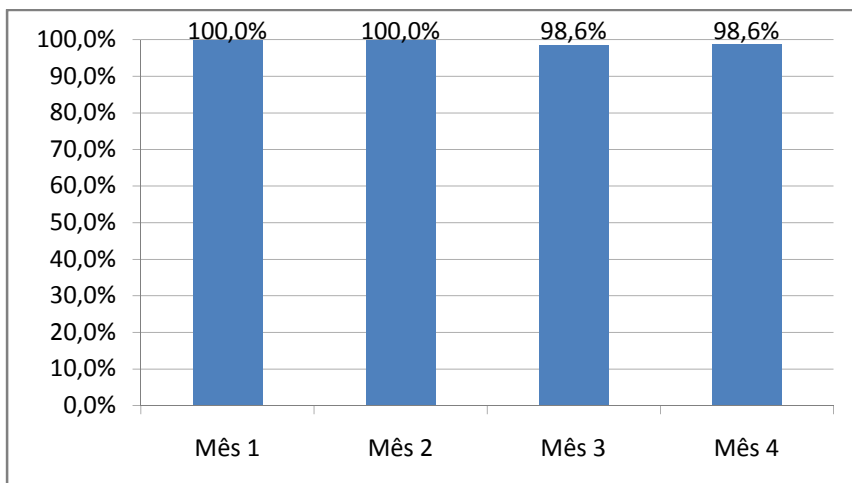


Figura 6 Gráfico Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.

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

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

A proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada foi de 76 (100 %) usuários no primeiro mês, 286 (100 %) usuários, no segundo mês, 470 (98,5%) usuários no terceiro mês e 513 (98,7%) usuários no quarto mês da intervenção.

A proporção de usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada teve pouca variabilidade no caso dos usuários hipertensos, pois tem uma boa disponibilidade de medicamentos hipotensores, mas no caso dos usuários diabéticos existiu uma diferença um pouco maior pois a maioria dos usuários tinham tratamentos com medicamentos não fornecidos. No primeiro e no segundo mês alcançamos 100% da meta, 26 diabéticos no primeiro mês e 125 no segundo mês estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular. No terceiro mês, 138 (97,9%) diabéticos e no quarto mês 143 (97,9%) diabéticos estavam com medicação prescrita da farmácia popular.

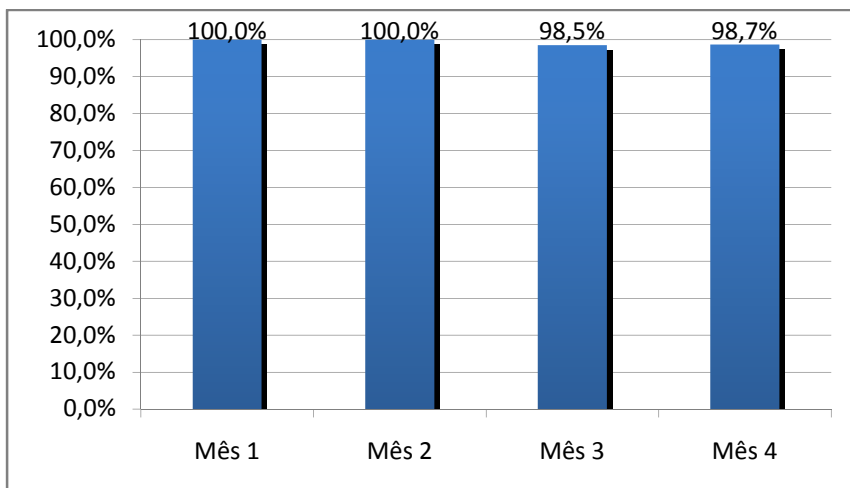


Figura 7 Gráfico Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada na unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.

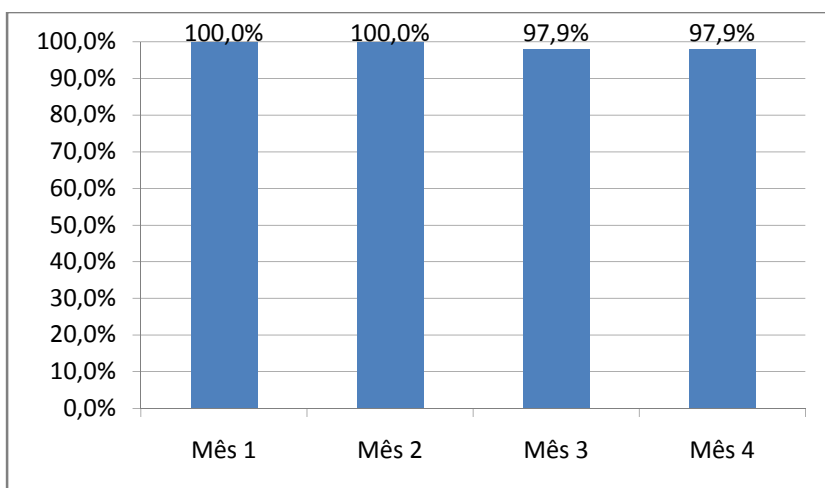


Figura 8 Gráfico Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular priorizada na unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.

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

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

A proporção de hipertensos e de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi de 100% nos quatro meses da intervenção.

A necessidade de atendimento odontológico é alta na população alvo, pois há uma educação deficiente em relação a este tema como foi comprovado durante a intervenção, mas o trabalho da equipe também foi realizado com o objetivo de mudar esse aspecto. Então todos os usuários acompanhados foram avaliados para a necessidade de atendimento odontológico.

OBJETIVO 3: Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.

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

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

Alcançamos 100% da meta neste indicador. Todos os hipertensos e todos os diabéticos faltosos à consulta receberam busca ativa e todos compareceram à consulta. O índice de usuários faltosos a consultas durante toda a intervenção foi de 344(63,2 %) hipertensos e de 128 (87,6%) diabéticos .

A busca ativa dos usuários faltosos às consultas foi mantida durante toda a intervenção, por isso a porcentagem dos usuários faltosos com busca ativa foi mantido em 100 % durante toda a intervenção, por tal motivo a equipe concordou que essa atividade vai ser incorporada à rotina de trabalho da UBS.

OBJETIVO 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

Também neste indicador conseguimos alcançar 100% nos três meses da intervenção. Atualizamos todas as fichas de acompanhamento e todos os registros dos hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados na UBS.

Toda a equipe esteve envolvida para qualificar os registros dos hipertensos e diabéticos. O monitoramento semanal dos registros ajudou também no acompanhamento da qualidade dos registros.

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

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

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

A proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular no primeiro e no segundo mês foi de 100%. Realizamos estratificação de risco em 76

hipertensos no primeiro mês e de 286 no segundo. No terceiro mês realizamos estratificação em 480 (96%) hipertensos e no quarto mês em 524 (96,3%) hipertensos.

Com relação aos diabéticos, também alcançamos 100% nos dois primeiros meses da intervenção, realizando estratificação de risco para 26 diabéticos no primeiro mês e para 125 no segundo. No terceiro mês realizamos estratificação para 139 (98,6%) diabéticos e para 144 (98,6%) diabéticos no quarto e último mês da intervenção.

Para alcance deste indicador nós sistematizamos a estratificação de risco em todas as consultas. Não foi tarefa muito fácil, pois dependeu da atividade consciente do médico na hora do exame clínico avaliando as condições individuais de cada usuário e do preenchimento em todos os prontuários individuais, também do monitoramento periódico por parte do pessoal responsável pelo controle da qualidade do atendimento médico.

Antes da intervenção não se realizava nenhuma estratificação de risco para os usuários hipertensos e/ou diabéticos. Depois de implantada a estratégia se começou a determinar os usuários com fatores de risco para doenças cardiovasculares, dessa forma começamos a planejar um acompanhamento diferenciado desses usuários.

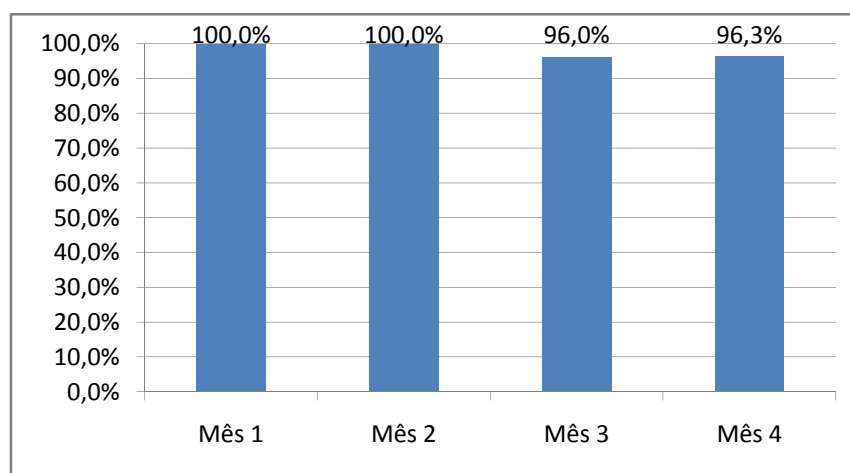


Figura 9 Gráfico Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em diana unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.

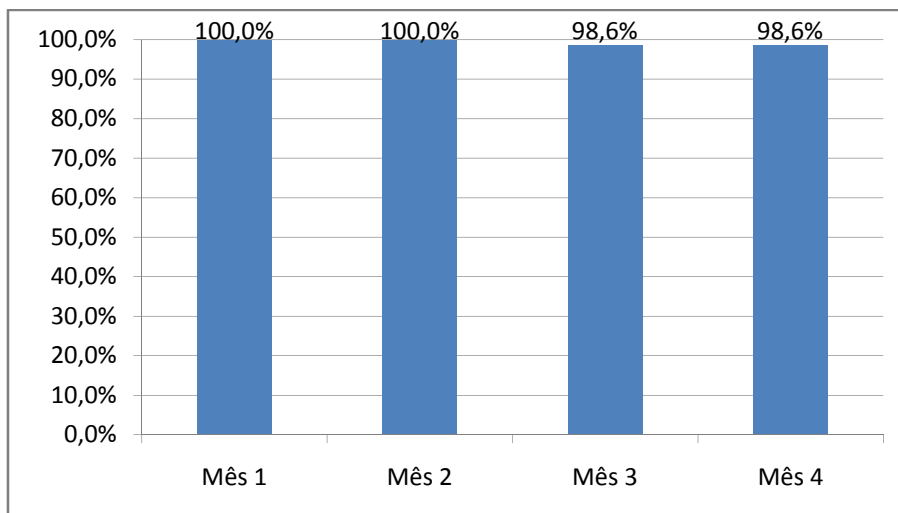


Figura 10 Gráfico Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em diana unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015

OBJETIVO 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Com relação à orientação nutricional sobre alimentação saudável para hipertensos e diabéticos, alcançamos 100% nos quatro meses da intervenção. Orientamos todos os hipertensos e todos os diabéticos cadastrados no programa. Entre os hipertensos, foram 76, 286, 500 e 544 no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês respectivamente.

As orientações nutricionais foram oferecidas pela equipe nas consultas de forma individualizada, em palestras, atividades com grupos de usuários, na sala de

espera e também com auxílio de materiais educativos, como cartazes para exemplificar de forma mais simples as orientações.

Com relação às orientações para a prática regular de atividade física, alcançamos 100% no primeiro, no segundo e no terceiro mês. No quarto mês dois usuários hipertensos não receberam a orientação, dos 544 somente 542 receberam a orientação, e por isso o indicador atingiu 99,6%.

Entre os diabéticos, todos receberam orientação para a prática regular de atividade física nos três primeiros meses da intervenção. No último mês um usuário não recebeu a orientação, por este motivo, o indicador ficou em 99,3% no quarto mês.

Durante a intervenção a equipe aproveitou todos os contatos com a comunidade para dar orientação sobre a prática de atividade física regular, mas isso foi também reforçado durante as consultas de acompanhamento.

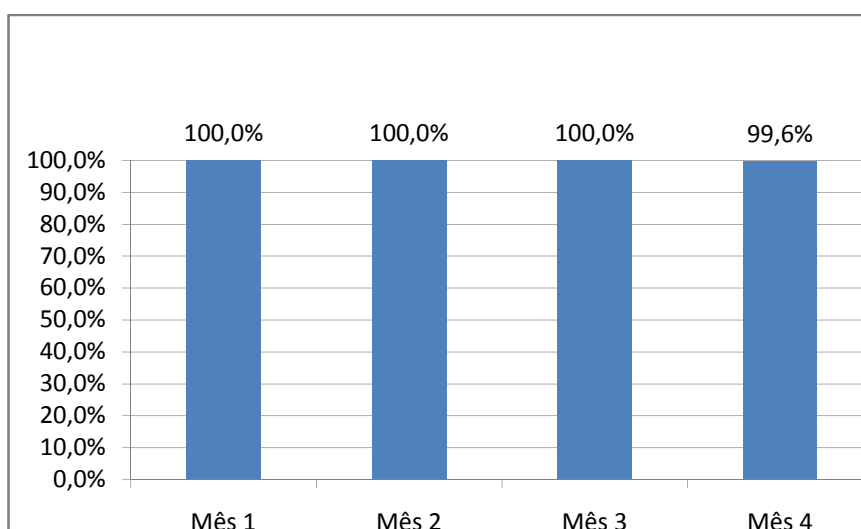


Figura 11 Gráfico Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.

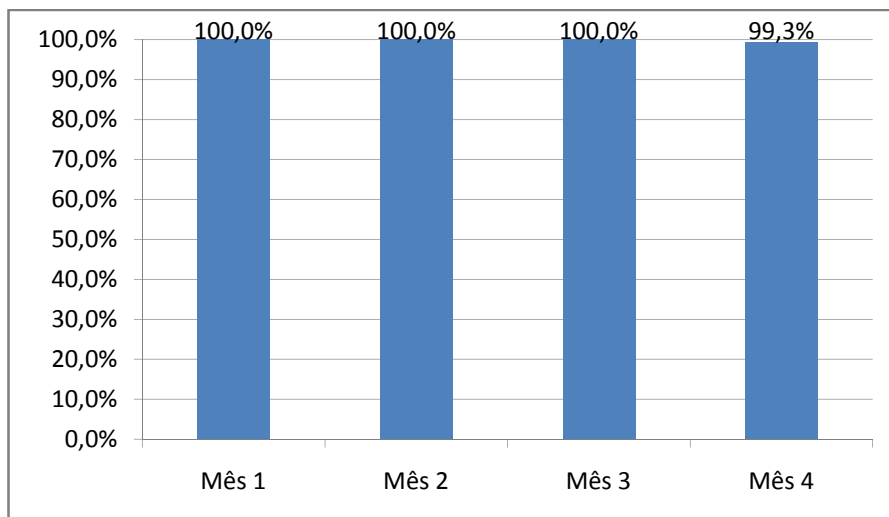


Figura 12 Gráfico Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na unidade de saúde Zona Oeste, São Gabriel-RS, 2015.

Com relação às orientações sobre os riscos do tabagismo, conseguimos alcançar 100% da meta nos três meses da intervenção. As orientações foram feitas tanto para os hipertensos quanto para os diabéticos.

Durante a intervenção a equipe aproveitou todos os contatos com a comunidade para dar orientação sobre os riscos do tabagismo, mas isso foi também reforçado durante as consultas de acompanhamento e através de materiais educativos.

Com relação às orientações sobre higiene bucal, conseguimos orientar todos os hipertensos e todos os diabéticos nos três meses da intervenção, alcançamos então 100% da meta.

As orientações foram realizadas durante as consultas, nas visitas domiciliares, em sala de espera e em todos os momentos de contato da equipe junto à população. A equipe constatou que existia uma baixa orientação e pouquíssima informação em relação ao tema saúde bucal entre a população.

4.2 Discussão

A intervenção realizada pela equipe seis da UBS Zona Oeste do município São Gabriel estado do Rio Grande do Sul trouxe uma melhora na qualidade de vida da população da área de abrangência, embora não tenham sido atingidas todas as

metas que a equipe se planejou, a equipe conseguiu perceber as mudanças no estilo de vida dos usuários.

Durante a intervenção a equipe aumentou o nível de conhecimento do seus integrantes em relação à verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito o que foi possível através das capacitações oferecidas aos ACS e ao resto da equipe. A capacitação também esteve relacionada com a realização de exame clínico apropriado aos usuários, como orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular/Hiperdia, sobre a realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre metodologias de educação em saúde.

Como parte do desejo da equipe de obter bons resultados na intervenção foi oferecida também capacitações sobre o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares aos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade.

Foram realizadas reuniões de equipe sistematicamente nas quais os ACS receberam informações relacionadas às orientações que deviam ser transmitidas aos usuários além de outras orientações oferecidas para melhorar a educação em saúde da população.

Os integrantes da equipe receberam capacitação sobre técnicas de comunicação interpessoais, também em relação ao preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento sistemático do usuário hipertenso e/ou diabético, assim como sobre aspectos relacionados à realização da estratificação de risco segundo o score de Framingham ou de lesões em órgãos alvo dos usuários. Nas reuniões da equipe foi explicado aos profissionais a importância do registro da avaliação de risco cardiovascular. A equipe também foi capacitada sobre as estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis como a alimentação o peso corporal, práticas de alimentação saudável, a promoção da prática de exercícios físicos e sobre os riscos do tabagismo, entre outros.

A comunidade recebeu informação sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, os riscos para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes e suas complicações mais frequentes, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da

hipertensão e da diabetes e sobre a importância de ter o exame clínico sempre em dia, além da avaliação da saúde bucal.

Ao longo da intervenção a comunidade foi orientada sobre a importância de realização das consultas, sobre o nível de risco e a importância do acompanhamento regular assim como a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, exercício físico, importância da alimentação saudável, a importância da prática de atividade física regular, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e sobre a importância da higiene bucal.

A equipe realizou o acolhimento dos usuários em todos os contatos que teve com a população. Foram confeccionados prontuários para cada um dos usuários diagnosticados com hipertensão e diabetes, foram criados registros específicos para colocar os dados dos usuários acompanhados na UBS.

Durante a intervenção foram solicitados os exames aos usuários em acompanhamento durante as consultas, receberam orientações para melhorar a sua saúde, estes dados foram devidamente registrados na documentação específica. Foi feita a pesquisa ativa dos faltosos às atividades programáticas. Quinzenalmente foram revisados os prontuários dos usuários atendidos para avaliar usuários com consultas em atraso, a qualidade dos registros, como o exame físico, a realização da estratificação de risco, foi avaliado o comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença considerando a descrição do exame físico do usuário e os achados dos exames clínicos e laboratoriais.

Para a equipe a intervenção traduziu-se em um sistema de trabalho coletivo, objetivando a obtenção de melhor qualidade de vida e de saúde da população. Conseguimos um aumento da cobertura dos usuários com diagnóstico de hipertensão e diabetes, melhorou os indicadores relacionados ao atendimento destes usuários, teve influência positiva no relacionamento equipe e comunidade, além de melhorar a participação intersetorial no estado de saúde populacional.

A intervenção significou um estágio importante no trabalho da ESF como uma equipe de profissionais da saúde onde foi aproveitada a oportunidade do trabalho para realizar capacitação do seus integrantes em relação ao manejo dos usuários com diagnóstico de hipertensão e diabetes. Estes quatro meses foram apenas uma parte de muitas etapas de trabalho, mas sobretudo esta foi relevante pois coincidiu com a implantação das equipes e da Estratégia Saúde da Família no

município. Não havia antes um processo de trabalho focado na tarefa de melhorar a qualidade de vida e saúde dos usuários.

No início a população apresentou dúvidas em relação às atividades que a equipe começou desenvolver, alguns usuários não queriam se cadastrar pela existência de preconceitos políticos existentes no município, também não tinham experiências anteriores relacionadas com um trabalho onde a comunidade fosse o público alvo. Mas ao entrar em contato com os integrantes da equipe, através do cadastramento da população feito pelos ACS, com o trabalho do dia a dia a intervenção representou uma mudança significativa na consciência da população, pois perceberam a influência positiva do trabalho da equipe como ESF no seu estado de saúde.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento seria uma maior mobilização da comunidade, envolvendo os líderes comunitários nas atividades planejadas pela equipe, assim como fomentar um maior apoio intersetorial para diminuir as dificuldades encontradas na intervenção.

A intervenção pode ser incorporada à rotina do serviço, pois a equipe já tem experiência no desenvolvimento do trabalho, a população tem um maior conhecimento em relação à hipertensão e diabetes, conhecem os objetivos da intervenção desenvolvida pela equipe e os benefícios que representam para eles; mas podem ser feitas melhoras na ação programática como o aumento da cobertura da população já que o número de usuários cadastrados aumenta à medida que se avança no trabalho, diminuir o tempo para a liberação dos exames complementares, assim como diminuir o tempo que os usuários precisam aguardar para se consultar com especialistas.

5 Relatório da intervenção para gestores

Na UBS Zona Oeste foi realizado durante 16 semanas um trabalho de intervenção na reorganização do Programa de Atenção às pessoas com Hipertensão e/ou diabetes de nossa área de abrangência. A intervenção faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da Especialização em Saúde da Família que venho fazendo como membro do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), realizada pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS/UFPel).

Essas 16 semanas foram precedidas de outros períodos de atividades do curso de especialização. A equipe direcionou a atenção ao Programa de acompanhamento da pessoa com hipertensão e/ou diabetes sem deixar de realizar outras atividades que integram nosso trabalho comunitário, que é a essência da atenção básica e saúde da família. Vale destacar que durante a divulgação do projeto, os participantes ficaram emocionados, já que pela primeira vez na história da UBS, aconteceria um planejamento para o desenvolvimento de atividades para grupos específicos, onde cada usuário poderia se engajar e participar de maneira ativa.

A divulgação do projeto serviu como um motivador para a incorporação das atividades previstas no processo de trabalho da equipe de saúde. Além disso, durante a implementação da intervenção na comunidade, a equipe e a população em geral participaram ativamente de todas as atividades planejadas, onde conseguimos aumentar a cobertura durante mais de três meses de intervenção até 89.5% no programa de atenção ao hipertenso e até 97.3% no programa ao diabético na UBS Zona Oeste. Vale destacar que a população ficou satisfeita com o atendimento oferecido pela equipe e a organização

adquirida durante estes três meses, o que permitiu maior interesse dos usuários pelas atividades planejadas pela equipe.

Apesar das dificuldades enfrentadas, a intervenção tem gerado uma importância vital para o trabalho na UBS, permitindo organizar a equipe e implantar os protocolos de atendimento disponibilizados pelo Ministério da Saúde e facilitado pela UFPEL. Através da intervenção, conseguimos esclarecer as atribuições de cada profissional e tornar cada um dos membros da equipe um gestor em saúde, permitindo por meio das capacitações oferecidas pelo médico e a enfermeira, treinar todos os profissionais, que hoje estão mais preparados para enfrentar as dificuldades da equipe e buscar soluções viáveis para o correto desenvolvimento das atividades planejadas.

Dentre das atividades que foram desenvolvidas pela equipe num período de 16 semanas, cabe destacar que a equipe conseguiu aumentar a cobertura de atendimento para usuários portadores de HAS e usuários portadores de DM. Além disso, o registro das pessoas portadoras de HAS e DM foi realizado de forma organizada e sistemática, facilitado também pela criação dos arquivos específicos para melhor controle sobre a população da área de abrangência, assim como o correto acolhimento e realização da triagem dos profissionais envolvidos.

Vale destacar que nosso trabalho obteve um maior engajamento dos líderes comunitários e população em geral, facilitando o desenvolvimento da maioria das ações, oferecendo o apoio logístico dentre as possibilidades dos moradores, incentivando o trabalho com grupos específicos e ajudando a qualificar profissionais de educação em saúde da comunidade. A organização proporcionada nos atendimentos médicos e os agendamentos de consultas foi um aspecto positivo da intervenção. A intervenção destacou alguns detalhes, exemplo o agendamento para as consultas com o dentista da sede, ajudando a organizar e dar prioridades a usuários segundo doenças e riscos.

De forma geral a equipe conhece as dívidas administrativas dos gestores anteriores que repercutiram na presente gestão, mas dentre as modificações e metas atingíveis, peço que avaliem o quanto podemos fazer com seu apoio para o bem estar da comunidade, podemos aumentar a cobertura do atendimento a 100% dos usuários portadores de HAS e/ou DM em um período de mais 4 meses, assim como melhoraríamos a cobertura do

atendimento que envolvem as demais ações programáticas. Seria reduzido o número de encaminhamentos para os centros de atenção secundária se pudessemos aumentar as atividades de promoção e prevenção de saúde, assim como a criação do NASF ou parcerias com especialistas que compõem esse núcleo. Todo o apoio oferecido pela gestão ameniza o trabalho da equipe no desenvolvimento das ações programadas e aumenta a qualidade dos atendimentos oferecidos aos usuários, pois hoje a equipe está preparada para desenvolver qualquer atividade e disposta a seguir melhorando a saúde da população.

Apesar das dificuldades, podemos destacar que a gestão tem dado um grande passo com o trabalho de intervenção oferecido pela UFPel na área, pois tem aumentado o controle dos trabalhadores, descentralizando a fiscalização na UBS. Além disso, a economia relacionada ao planejamento dos medicamentos, que era feito pela gestão e dirigido fundamentalmente às ações de saúde, onde os medicamentos tinham maior consumo, foi alterada com a intervenção, onde agendamos as consultas e fazemos um maior controle sobre os mesmos. A equipe tem adquirido maior conhecimento e organização no trabalho, permitindo adequar e tornar rotina as atividades planejadas como agendamento de consultas, visitas domiciliares, reuniões de grupos específicos e da equipe de saúde entre outras. Podemos destacar que temos ganhado confiança da comunidade pela participação que estes tem nas atividades da equipe, pois a comunidade tem sido uma das protagonistas dos resultados obtidos no trabalho.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

À comunidade da Unidade de Saúde Zona Oeste

Como é de conhecimento dos usuários de nosso serviço de saúde, desenvolvemos em nossa UBS Zona Oeste uma intervenção que teve como principal objetivo a melhoria da atenção à saúde dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes.

No início não contávamos com uma organização das ações, e os serviços oferecidos não aconteciam de forma a atender as necessidades da comunidade.

Com o desenvolvimento da intervenção a população foi contemplada com algumas mudanças que melhoraram a qualidade no atendimento a hipertensos e diabéticos, público alvo de nossa intervenção.

Entre as conquistas alcançadas estão: a priorização dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes, especialmente quando estes têm maior risco de saúde, a avaliação regular feita nas consultas programadas, a busca de usuários faltosos às consultas, a organização das agendas para a realização das visitas domiciliares, orientações de saúde.

Com a intervenção a população da área de abrangência pôde perceber grandes mudanças, pois os problemas de saúde começaram a ser discutidos com a equipe de saúde. Isto não acontecia, e agora é uma realidade, oferecemos a vocês uma participação ativa no planejamento de nossas ações.

Com relação às atividades que a comunidade tem participado, podemos destacar as relacionadas com grupos específicos e ações de saúde oferecidas. A intervenção tornou-se um passo fundamental para pôr em prática a participação comunitária.

O sucesso da intervenção deve-se à forte união dos membros da equipe e do engajamento de todos os membros da comunidade, assim como de alguns gestores que ofereceram o apoio necessário, dentro das possibilidades.

A comunidade sabe e deve participar ativamente nas tomadas de decisões das atividades propostas pela equipe, isto porque tem-se escolhido promotores de saúde entre os membros da população, não como cargo público, mas sim como membro ativo de saúde para apoiar as ações e agilizar o contato com os grupos. Também no momento de realizar o planejamento das atividades de promoção de saúde realizadas na comunidade, pois se fez necessário as diversas opiniões dos participantes, por exemplo os contatos com líderes como diretores de centros laborais e escolas primárias para a difusão das informações. Outro ponto importante na participação ativa da comunidade foi na hora da pesquisa dos usuários faltosos as consultas.

Através da intervenção, a comunidade pôde adquirir conhecimento para uma melhor qualidade de vida e de saúde, cumprindo com as indicações do médico e a enfermeira com relação à necessidade de tomar os medicamentos, evitando dessa forma, complicações e futuras deficiências.

Além das vantagens mencionadas, devemos ter claro que a intervenção representou um começo, precisamos do apoio de vocês para continuarmos melhorando a qualidade do atendimento clínico para todas as idades e doenças.

O sucesso da intervenção foi devido à união e à ajuda de todos vocês como comunidade, à equipe como promotora do trabalho de intervenção e à gestão como apoiadora das atividades programadas. Dessa forma conseguimos aperfeiçoar o atendimento aos usuários e melhorar o atendimento a todos vocês da comunidade.

Para melhorar a atenção à saúde no serviço continuaremos o trabalho como foi desenvolvido até agora focando-o nas dificuldades encontradas para mudar essas situações, agora que a equipe conta com maior experiência em relação ao trabalho.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Durante o trabalho de intervenção, a equipe da UBS Zona Oeste tem contemplado a maioria das expectativas. O curso de especialização em saúde da família permitiu a nossa equipe implantar o modelo de estratégia de saúde da família e inseri-lo na comunidade, cumprindo com o estabelecido e reafirmando que a atenção primária deve ser a referência e o primeiro contato dos usuários com o sistema de saúde.

A implementação do trabalho em equipe permitiu o controle e estabilização das doenças crônicas (hipertensão e diabetes) além da redução de complicações maiores nas doenças crônicas como Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, entre outras.

Durante as atividades de promoção da intervenção aumentou o nível de conhecimento de cada um dos membros, constituindo um dos passos mais importantes para o desenvolvimento das ações ao longo do trabalho. A equipe demonstrou além das suas funções, uma grande maturidade na solução dos problemas enfrentados para a realização das atividades planejadas, superando minhas expectativas. Dentre as dificuldades enfrentadas e superadas pela união e compromisso adquirido durante o trabalho, está o apoio logístico oferecido pela comunidade através do engajamento da população incentivado pelos membros da equipe. Isto possibilitou uma melhor interação entre os membros da equipe, comunidade e a gestão municipal.

O trabalho de intervenção permitiu informar os gestores sobre os reais problemas de saúde que a comunidade enfrenta.

O curso tem sido uma nova experiência para mim. Permitiu vivências inesquecíveis junto à comunidade, consolidando e aumentando o conhecimento

científico e prático na saúde da família, fundamentalmente no manejo de doenças comuns na comunidade

O curso deixou uma marca positiva na minha formação e na formação de cada um dos profissionais, pois elevou consideravelmente o conhecimento científico de todos, inclusive da comunidade, que demonstrou receptividade e interesse durante todas as ações realizadas.

A possibilidade de interagir virtualmente no curso foi um destaque, onde tivemos a vantagem de conhecer situações reais das áreas de saúde dos colegas, assim como adquirir experiências ao compartilhar vivências nos fóruns, diferentes casos, tanto nos serviços, como na comunidade, servindo como referência para possíveis mudanças em nossas áreas.

Os casos interativos e os testes de qualificação cognitiva ajudaram a minha superação como profissional, melhorando e aperfeiçoando sistematicamente a minha prática clínica na comunidade. Do mesmo modo, durante o curso contamos com uma orientadora que constituiu nosso apoio para todas as dúvidas surgidas ao longo da estratégia, também durante o desenvolvimento das atividades.

A minha expectativa com o curso sempre foi positiva, mas ao desenvolver a intervenção foi muito maior, pois percebi o quanto poderia fazer pela equipe e pela comunidade se usasse bem as ferramentas disponibilizadas pela especialização para melhorar a qualidade dos serviços, conforme é preconizado pelo Ministério da Saúde. Durante as visitas realizadas aos usuários nas suas casas eu percebi que ainda a população vincula os serviços de saúde com questões políticas. Mas é nosso dever mudar esse conceito com o trabalho diário que ainda continua, mesmo terminada a intervenção.

De forma geral, o curso tem sido de grande ajuda para minha formação como profissional, fundamentalmente porque disponibilizou materiais e protocolos que passaram a ser utilizados como guia para a minha prática profissional.


O curso me permitiu um melhor desempenho no que se refere ao uso das plataformas virtuais de cursos a distância, onde adquiro o conhecimento de como manusear os espaços virtuais, que oferecem um grande volume de informação para o estudo individual.

Referências

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 162 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 35)

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 D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante