

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria na Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou
Diabetes Mellitus na UBS Nonoai, Nonoai/ RS**

Osbel Cabrera Perez

Pelotas, 2015

Osbel Cabrera Perez

Melhoria na atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na UBS Nonoai, Nonoai/ RS

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

Orientador: Luzane Santana da Rocha

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS

Catálogo na Publicação

C117m Cabrera Perez, Osbel

Melhoria na atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na UBS Nonoai, Nonoai/ RS / Osbel Cabrera Perez; Luzane Santana da Rocha, 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. Rocha, Luzane Santana Da, orient. II. Título

CDD : 362.14

Dedico este trabalho ao povo de Nonoai Rio Grande do Sul, à Secretaria de Saúde, à Prefeitura Municipal e a todas as pessoas que compõem a Equipe de Saúde da Família incluindo os ACS (Agentes Comunitários de Saúde) que com o seu exemplo e dedicação ajudaram a fazer possível esta intervenção em saúde em vistas a melhorar o atendimento aos Hipertensos e Diabéticos da nossa área de abrangência.

Agradecimentos

Agradeço a todas aquelas pessoas que ficaram o tempo todo na expectativa do nosso projeto de intervenção, a ESF (Equipe de Saúde da Família) pelo carinho e dedicação com os nossos usuários, as comunidades por estarem presentes em cada evento e nos ajudar com todos os casos sociais e a reconhecer e ajudar a pessoas com maiores dificuldades. Agradeço também a minha esposa que o tempo todo ficou do meu lado me apoiando para fazer este sonho realidade, aos usuários pela espera disciplinada nos corredores do posto de saúde, aos familiares por nos receber nas suas casas de portas abertas, e muito especialmente ao meu país Cuba por propiciar avinda nossa para este país e estar hoje ajudando ao povo Nonoaiense que merece o meu carinho e respeito.

Resumo

CABRERA PEREZ, Osbel. **Melhoria na atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na UBS Nonoai, Nonoai/ RS.** 2015. 71f. 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.

Este trabalho surgiu da necessidade de atendimento diferenciado para os usuários com as doenças crônicas Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Município Nonoai/RS (Rio Grande do Sul). Esta ação programática pretendeu proporcionar mudanças nos estilos de vida das pessoas bem como suas condições de saúde. Tem como objetivo geral: Melhorar a atenção à saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS (Unidade Básica de Saúde) Nonoai em Nonoai/RS. Para atingir esse objetivo a equipe foi capacitada para qualificar e padronizar os atendimentos conforme os protocolos do Ministério da Saúde. Também se utilizou de estratégias de cadastramento e busca ativa dos Hipertensos e Diabéticos com dificuldades de deslocamento até à Unidade de saúde. Estipulamos alcançar uma meta de cobertura de 70% em 4 meses de trabalho com ajuda de toda a equipe, e com a intervenção foi possível atingir 86% de cobertura para pessoas com hipertensão e 87,5% de cobertura para pessoas com diabetes dos usuários cadastrados na área de abrangência, proporcionando atendimento de qualidade e com estímulo à promoção de mudanças no seu estilo de vida. A comunidade teve participação fundamental, mediante seus líderes, que ajudaram a determinar os casos mais vulneráveis e os que mais necessitavam de orientação, tendo ainda um papel fundamental nas buscas ativas e nas atividades de educação em saúde realizadas nos bairros. Para o serviço, houve estreitamento e fortalecimento das relações médico-paciente-equipe, pois todos mantiveram um mesmo foco. A equipe da UBS de Nonoai considera a intervenção um sucesso e tem planos de expandir essas mudanças para os outros ciclos de vida.

Palavras-chave: Saúde da família; Atenção Primária à Saúde; Hipertensão; Diabetes; Melhoria da qualidade de vida.

Lista de Figuras

Figura 1	Foto da Farmácia da UBS Central de Nonoai.	15
Figura 2	Foto da Capacitação dos ACSs.	16
Figura 3	Grupo Hiperdia do bairro Marfisa atividade com a nutricionista.	20
Figura 4	Gráfico indicativo de Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Nonoai/RS, 2015.	44
Figura 5	Gráfico indicativo de Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. Nonoai/RS, 2015.	44
Figura 6	Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Nonoai/RS, 2015.	47
Figura 7	Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Nonoai/RS, 2015.	47
Figura 8	Gráfico indicativo de Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. Nonoai/RS, 2015.	48
Figura 9	Gráfico indicativo de Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. Nonoai/RS, 2015.	49

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário da Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
EaD	Ensino a distancia
ECG	Eletrocardiograma
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da Família
OMIA	Planilhas de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações
PSF	Programa de Saúde da Família
SisPreNatal	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	17
2 Análise Estratégica	18
2.1. Justificativa.....	18
2.2 Objetivos e Metas.....	20
2.2.1 Objetivo geral.....	20
2.2.2 Objetivos específicos e Metas	20
2.3 Metodologia.....	22
2.3.1 Detalhamento das ações	22
2.3.2 Indicadores	27
2.3.3. Logística.....	34
2.3.4 Cronograma.....	37
3 Relatório da Intervenção.....	39
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	39
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	42
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	42
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	43
4 Avaliação da intervenção.....	44
4.1 Resultados	44
4.2 Discussão.....	53
5 Relatório da intervenção para gestores	58
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	61
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	63
Referências	65
Anexos	66

Apresentação

A nossa intervenção em saúde teve como objetivo principal a Melhoria na saúde dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS (Unidade Básica de Saúde) Nonoai. O volume aqui apresentado foi estruturado a partir das unidades desenvolvidas durante o curso, que culminaram com a intervenção que durou 16 semanas.

Fazem parte deste trabalho de conclusão de curso: a análise da situação de saúde, a estrutura física da ESF(Equipe de Saúde da Família), a justificativa que nos levou a interessar por este público alvo, todas as ações que foram desenvolvidas durante a intervenção, os objetivos estabelecidos com as metas a serem alcançadas e os indicadores a serem avaliados, além da descrição e análise dos resultados obtidos e a repercussão que esta intervenção trouxe para a comunidade, para o serviço de saúde, para a equipe, profissionais e gestores do município.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS (Unidade Básica de Saúde) onde trabalho apresenta a seguinte estrutura física: sala de recepção e acolhimento aos usuários, sala de vacinas, salas de curativos sépticos e assépticos, salão de reuniões, copa, banheiros, sala de esterilização, farmácia, consultórios médicos e odontológicos e consultório para nutricionista.

A nossa equipe conta com profissionais enfermeiros, técnicos de enfermagem, dentistas, auxiliares de saúde bucal, médicos, técnicos de farmácia, no caso a pediatra, nutricionista e ginecologista elas também trabalham no outro posto de saúde que temos no nosso município. Os agentes de saúde são os mais importantes na nossa equipe, pois estão o tempo todo interagindo com os pacientes já que moram nas diferentes comunidades e fazem visitas domiciliares garantindo levar-nos até aquelas pessoas que precisam de atendimento e não têm possibilidades de deslocamento até o posto, por problemas de saúde e também possibilitam o agendamento das consultas dos grupos priorizados que possuem doenças crônicas.

Eu trabalho no turno da manhã na atendendo na Unidade e no turno da tarde saio para visitar os pacientes junto com as enfermeiras e agentes de saúde para levar a medicina até aquelas pessoas que não podem chegar até a Unidade. Nas quintas feiras participamos de um programa que se chama Saúde ao seu Encontro que tem como objetivo cuidar da saúde das pessoas das comunidades mais distantes do município, espaço que é aproveitado para fazer consultas, palestras e avaliação de doenças crônicas não transmissíveis, com a participação dos médicos e outros integrantes como enfermeiras, nutricionista, farmacêuticas e fisioterapeutas. Nesses dias todos têm como foco atividades de prevenção e

promoção nutrindo a ESF (Equipe de Saúde da Família) para os pontos mais sensíveis e carentes.

Entre as principais dificuldades encontradas neste período já trabalhado temos a demora na realização dos exames de laboratório que são solicitados aos nossos usuários os quais demoram entre um mês a 40 dias para serem feitos no hospital comunitário, além disso, há demora nos encaminhamentos para outros especialistas com agendamento com data tão distante que muitas vezes o paciente acredita que melhorou e não comparece para ser avaliado pelos especialistas.

Neste momento estamos realizando um novo cadastro da população para conseguirmos apropriar da real situação de saúde dos moradores da nossa cidade. Nos 4 meses transcorridos desde minha chegada ao posto de saúde meu trabalho tem sido centrado no atendimento aos hipertensos, diabéticos, idosos e demais doenças crônicas não transmissíveis, fazendo intervenções nas comunidades e dando palestras com objetivo de melhorar a saúde e ensinar novas estratégias para manter uma vida saudável, reduzindo, assim, o uso de medicamentos que não são necessários para controlar suas doenças. O meu trabalho é contínuo, são 32 horas de trabalho por semana tentando ajudar cada dia mais para que tudo saia da melhor maneira possível. A cada mês a nossa equipe se reúne para discutir as deficiências e potências do nosso trabalho e aproveitamos para trocar ideias sobre as situações que podemos melhorar no próximo mês.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Nonoai é um município do Rio Grande do Sul, caracteriza-se por ser uma cidade pequena onde predomina a agricultura como base econômica, com uma população estimada de 12.615 habitantes, representada por uma mistura de alemães, polacos, italianos e brasileiros. A maior parte da população encontra-se na área urbana, sendo a área rural do município a de maior extensão territorial, mas não de muitos habitantes. Temos 2 UBS tradicionais com ESF localizadas na cidade, nas quais são atendidos o total da população da cidade, e temos 2 NASF (Núcleos de Apoio a Saúde da Família) em funcionamento.

A atenção especializada não está disponível diretamente no município então fazemos encaminhamentos para fora do mesmo, os quais são muito demorados e com isso tardamos a solucionar os problemas dos usuários. A disponibilidade de

serviço hospitalar é garantida no Hospital Comunitário Municipal com boa cobertura para os nossos usuários. Uma grande dificuldade do município está na disponibilidade de exames complementares que são muito demorados e a maioria em outras cidades, fazendo com que haja uma lista de espera extensa para conseguir a realização dos exames.

A minha UBS é urbana, neste momento encontra-se em processo de mudanças, pois utilizamos ainda o SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) e implantando agora o e-SUS. Não temos nenhum vínculo com instituições de ensino, o modelo de atenção é misto (Tradicional com ESF), temos duas equipes de saúde compostas por 2 Médicos de Família, 1 Ginecologista, 1 Pediatra, 1 Nutricionista, 2 Fisioterapeutas, 2 Enfermeiras, 4 Técnicas de Enfermagem, 2 Farmacêuticas, 12 Agentes Comunitários de Saúde, 1 Assistente Social, 3 Administradores, 4 Recepcionistas, 6 Motoristas e 2 Auxiliares de Farmácia.



Figura 1: Farmácia da UBS Central Nonoai.

Em relação à estrutura física a nossa UBS (Unidade Básica de Saúde) tem sala de reuniões, 3 consultórios médicos (somente um com banheiro), sala de vacina, sala de curativos, sala de nebulização, sala de esterilização, farmácia, recepção, sanitário para funcionários, copa-cozinha, depósito para lixo contaminado e abrigo para resíduos sólidos. Como deficiência no desenvolvimento do nosso trabalho encontrei as barreiras arquitetônicas que os nossos usuários têm de vencer quando vão à procura do nosso serviço, pois dentro da Unidade não temos

corrimãos, piso antiderrapante e nem banheiro com espaço para fazer manobras para os usuários com deficiência.

Quanto às atribuições dos profissionais temos muito trabalho a fazer, pois não temos controle dos usuários faltosos dificultando o seguimento ideal do usuário. Não estamos trabalhando todos os grupos, a educação para a saúde não chega até todas as pessoas vulneráveis da população, a comunidade não participa do controle social, pois não temos a direção de um líder popular para nos ajudar a priorizar os problemas e determinar as melhores soluções. A nossa equipe não tem participação no mapeamento do território, mas por enquanto estamos fazendo um trabalho bem direcionado ao cuidado dos usuários no seu domicilio e na busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória.



Figura 2: Capacitação dos ACSs.

O número de habitantes da minha área de abrangência é de aproximadamente 5.800, predominando o sexo feminino nos intervalos de idade de 20-29 e de 60 e mais. O tamanho da população é maior em comparação com a quantidade de usuários a serem atendidos por uma equipe de saúde, como estratégia para dar solução ao grande número está sendo criada uma nova ESF (Equipe de Saúde da Família) que vai ser responsável pelo excesso de usuários de cada uma das duas equipes já existentes na nossa UBS (Unidade Básica de Saúde) para facilitar o trabalho e ter cobertura para chegar até todos os usuários.

Em relação à atenção à demanda espontânea temos alguns pontos positivos, pois recebemos os usuários no turno da manhã e escutamos sua demanda, o acolhimento de cada usuário tem uma média de 10 até 15 minutos tempo em que damos solução à demanda dele, a equipe lida com o excesso da demanda fazendo uma seleção delas por prioridade o que permite determinar aqueles casos que não podem esperar para serem atendidos e avaliamos mesmo tendo nossos agendamentos. Agendamos para o dia seguinte os que podem esperar e encaminhamos para o pronto atendimento as maiores emergências. Como deficiências a serem resolvidas seria a ampliação do acolhimento para os dois turnos de atendimento para conseguir um melhor estabelecimento de prioridades, além da mudança do SIAB(Sistema de Informação da Atenção Básica) para o e-SUS possibilitando o funcionamento por horários das consultas dos usuários garantindo que sejam atendidos segundo o previsto e não tenham necessidade de aguardar nos corredores esperando sua vez, dando a possibilidade entre a chegada dos agendados de atender aquelas pessoas que sua condição de saúde não permite aguardar até o outro dia, pois correria perigo de sua integridade.

A atenção à saúde da criança é conduzida pela pediatra do município que se encarrega do atendimento organizado e agendado do grupo de 0 a 24 meses, onde são avaliados todos os aspectos do desenvolvimento e crescimento da criança, alimentação e tratamento das possíveis doenças que se apresente no caminho da puericultura, temos cadastradas e acompanhadas 45 crianças neste grupo que segundo as estimativas do Caderno de Ações Programáticas representam o 57%, vale destacar que tem muitos atendimentos particulares deste grupo populacional pelo que é impossível ter um cadastro atualizado destas crianças. A doutora especialista segue um protocolo técnico para o tratamento destas crianças, leva um registro específico de consultas e monitora regularmente os dados arquivados para fazer avaliações. A nossa grande dificuldade está nas idades compreendidas entre 23 e 72 meses onde não são feitas as consultas de puericultura, além disso, os médicos da família não fazem puericultura na nossa UBS o que representa um problema na condução dos grupos de crianças que não estão sendo avaliadas. Outro problema que temos é que não fazemos grupos com as mães destas crianças e por isso elas não recebem ensino sobre como atuar diante dos sinais de alarme nos lactentes, o que fazer diante uma diarreia, vômitos, cólica abdominal, febre, coisas tão importantes que no tempo da consulta não são faladas direito e que tenho

certeza que melhorariam a morbidade destes lactentes. Acredito que seria um passo importante que complementaria mesmo as consultas de puericultura com atuação direta na prevenção de saúde.

O pré-natal é um programa conduzido pela ginecologista do município que também se encarrega de todas as consultas deste grupo, ela segue um protocolo de atendimento por semanas de gravidez e alimenta os dados no SISPRENATAL além de fazer avaliação e monitoramento do mesmo. Na nossa UBS estão cadastradas e são acompanhadas 23 gestantes que segundo as estimativas do Caderno de Ações Programáticas representa o 26% só que as nossas gestantes também gostam de fazer atendimento em clínicas particulares e não é possível ter um dado real das gestantes do município. São realizados grupos de gestantes que são desenvolvidos na UBS com a ginecologista e a enfermeira, espaço onde são levadas até elas ferramentas educativas sobre o aleitamento materno, o cuidado dos recém-nascidos, a importância do parto natural e muitos outros temas educativos. Como aspecto positivo do nosso pré-natal pode-se citar que temos cobertura para todas as grávidas e garantimos sua atenção durante toda a gravidez, mas como deficiência gostaria de ressaltar que não estamos conseguindo a participação de todas nos grupos e os médicos de família não fazem este tipo de atendimento, o que seria ideal, para apoiar na educação das grávidas tornando possível o comprometimento delas com as consultas devido à importância que representa para o acompanhamento do crescimento intrauterino do bebê. A participação de outros membros da equipe nas atividades de educação em saúde seria de grande ajuda para juntos conseguirmos um melhor entendimento por parte das usuárias do quanto elas são importantes neste momento das suas vidas.

Os programas de câncer de colo de útero e mama estão em 98% e 97% de cadastramento e acompanhamento e são conduzidos também pela ginecologista, que se encarrega de fazer a coleta de preventivo e os exames das mamas junto com uma enfermeira, são realizadas ações de educação em saúde para detectar alterações nas mamas e sinais e sintomas indicativos de câncer de colo de útero. Estes exames de prevenção ocorrem para cada mulher uma vez por ano e infelizmente não temos nenhum registro que permita saber se as usuárias têm atraso nos exames ou história anterior de exames alterados e as ações que foram feitas para solucionar estes, pois a coleta na maioria das vezes é oportunista e não planejada, não temos conhecimento se é utilizado algum protocolo de intervenção.

Acredito que poderíamos fazer promoção de ações para o controle do peso corporal nas mulheres, estimular a prática regular da atividade física, orientar sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e, além disso, criar uma equipe responsável pela identificação de mulheres faltosas aos exames de prevenção do câncer de mama e colo de útero, para fazer visitas nos seus domicílios e convencê-las de fazer o exame explicando sua importância. Criar grupos de mulheres onde sejam discutidos temas como o uso do preservativo em todas as relações sexuais pela sua importância e as relações sexuais a idades não adequadas e as suas consequências seria ideal. Além de criar relatórios sobre a avaliação do programa que permita analisar detalhadamente os achados das coletas realizadas as nossas mulheres e levar conta dos casos detectados para fazer comparações dum ano para o outro. Eu penso que habilitando um arquivo especial para a recopilação de dados dos resultados das mamografias e coletas de preventivo alteradas com o seu devido seguimento médico e os procedimentos feitos, incluindo tratamentos, poderíamos garantir o seguimento adequado destas usuárias.

Em relação à atenção aos hipertensos e diabéticos posso dizer que estão funcionando os grupos de HIPERDIA (Sistema de Cadastramento e Acompanhamento dos Hipertensos e Diabéticos), que agora está sendo substituído pelo e-SUS, ainda mantemos esta sigla pois não estamos utilizando o e-SUS no nosso município.); onde são feitas palestras educativas para os usuários aprenderem o autocuidado. O nosso serviço até agora nunca adotou protocolo de atendimento ou manual técnico que estabeleça os atendimentos para estes usuários. Não temos registro específico nem realizamos monitoramento das ações feitas com eles, posso dizer que positivamente estamos conseguindo aumentar a participação dos hipertensos e diabéticos nos grupos e a inclusão dos diferentes membros da equipe nestas atividades, mas no que se refere ao planejamento e monitoramento das ações e a qualidade da atenção ainda não funciona, pois levamos pouco tempo em funcionamento, mas estamos trabalhando nessa parte organizativa, por isso, acredito que fazendo um atendimento onde agendemos a próxima consulta dos hipertensos e diabéticos após serem avaliados pela equipe, vamos conseguir um seguimento adequado que vai garantir as consultas anuais que este grupo precisa, além de criar os arquivos específicos onde sejam salvos os dados referentes a cada pessoa destes grupos assim como as ações que são feitas com eles.



Figura 3: Grupo HIPERDIA Bairro Marfisa - atividade com Nutricionista.

Em relação à saúde dos idosos temos realizado só os atendimentos daqueles que chegam procurando consulta médica e que precisam de atenção nos seus domicílios. Também não são atendidos segundo protocolos ou manuais técnicos nem temos registro dos atendimentos realizados, nem monitoramento, temos sim cobertura para todos os idosos da área de abrangência, mas não estamos organizados ainda, a equipe já aprovou a criação de uma caderneta do idoso para facilitar o trabalho e o preenchimento dos dados num arquivo que será específico para este grupo da população.

Os melhores recursos que a nossa UBS apresenta são os recursos humanos, pois estamos dispostos a enfrentar o trabalho e a solucionar os problemas existentes. Os maiores desafios estão relacionados ao cadastramento e organização do trabalho sendo prioridades a criação dos arquivos específicos por grupos atendidos pela UBS de hipertensos, diabéticos, idosos, câncer de mama e câncer de colo de útero, além de estabelecer o agendamento das consultas e diminuir os atendimentos de demanda espontânea chegando ao total dos usuários organizadamente.

Estruturalmente seria o término da obra da construção da UBS garantindo assim as transformações dos pisos lisos por antiderrapantes, a colocação de

corrimãos nos corredores e banheiro com espaço suficiente para fazer manobras com os usuários com necessidades especiais.

Tendo feito uma nova leitura da situação da ESF/APS(Estratégia de Saúde da Família- Atenção Primária de Saúde) que relatei no primeiro momento do curso posso dizer que a minha primeira impressão foi certa na percepção do trabalho com os diferentes grupos de usuários e a situação existente em relação aos exames demorados e aos encaminhamentos, impressão que foi demonstrada ao longo destas semanas de estudo com dados específicos, nestes momentos estou focado nos principais desafios que dependem do atuar nosso, enquanto equipe, para solucionar da melhor maneira possível e concertar no menor tempo possível as principais dificuldades existentes no âmbito da minha UBS.

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

Tendo feito uma leitura dos dois textos elaborados por mim da situação da análise de saúde em dois momentos diferentes do curso, posso dizer que a primeira impressão foi um efeito bem abarcador dos principais problemas que temos na nossa UBS(Unidade Básica de Saúde), por isso acredito fundamental a nossa intervenção nos diferentes espaços que tem a ver não só com o atendimento dos usuários, mas também com aquelas questões que se derivam dos requisitos para assisti-los quando procuram a nossa ajuda e necessitam de orientação. Nos textos referi desde o primeiro momento sobre a necessidade do município em relação aos encaminhamentos para outras especialidades que é demorado, pois são feitos fora do município, eu penso que os dois textos são em resumo o espelho de um município que precisa melhorar desde a parte de estrutura até a organizativa dos serviços prestados à população para desta maneira conseguir o nosso crescimento como profissionais que queremos mesmo o melhor para os nossos usuários.

2 Análise Estratégica

2.1. Justificativa

A Intervenção em saúde das pessoas com Hipertensão e Diabetes surge a partir da análise realizada pela equipe diante de toda necessidade de atenção deste grupo populacional. Esta ação programática pretende proporcionar mudanças nos estilos de vida das pessoas melhorando assim sua condição de saúde. O trabalho tem como base determinar os fatores de risco para desenvolver doenças cardiovasculares e a possibilidade que tem os pacientes diabéticos de sofrer de transtornos como as úlceras dos pés e os distúrbios causados pelo descontrole da doença. Acreditamos que na medida em que a equipe consiga melhorar o processo organizativo por meio do cadastramento e busca ativa dos usuários, o trabalho vai ter melhor aceitação pela população e vai melhorar a atenção à saúde dos usuários que hoje estão convivendo com hipertensão e diabetes.

Na Unidade Básica de Saúde Nonoai, a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes era circunscrita aos grupos de hipertensos e diabéticos atividade que não tem nada a ver com o atendimento individual que precisam os usuários para controlar sua doença e aprender a conviver com ela controlando desde a alimentação até os remédios que tomam para cuidar da sua saúde.

Atualmente, há 580 pessoas com hipertensão na nossa UBS, o que equivale a uma cobertura de 44,7% segundo o Caderno de Ações Programáticas, e segundo cálculos comparativos de estimativa para o Brasil, deveriam existir 1.296 pessoas, portanto, faltam aproximadamente 55,3% da população com este agravo para ser cadastrada, mas na nossa realidade as 58 são o nosso 100% a cadastrar. Ressalta-se que não temos o quantitativo atualizado da população da área adscrita. Em relação ao diabetes mellitus, temos 200 pessoas com esta doença, sendo a cobertura de 54% com respeito ao Caderno de Ações Programáticas, comparando

com as estimativas, deveriam existir 370 pessoas com diabetes na área, mas estas 200 são o nosso 100% a cadastra. É importante destacar que há pessoas na área de abrangência que não estão cadastradas e outras que moram temporariamente na área.

Estas cifras trazem consigo que o trabalho na nossa UBS talvez esteja circunscrito a esta parte da população conhecida, e neste momento esteja sem atendimento um grande número destes doentes, motivo pelo qual decidimos também intervir nestes grupos. O nosso serviço até agora nunca adotou um protocolo de atendimento ou manual técnico voltado a esta ação programática. Não temos registro específico nem realizamos monitoramento das ações feitas.

Mas, estamos conseguindo aumentar a participação dos hipertensos e diabéticos nos grupos e a inclusão dos diferentes membros da equipe nestas atividades. Quanto ao planejamento, monitoramento das ações e à qualidade da atenção ainda há deficiências, por isso, acredito que fazendo um atendimento onde agendemos a próxima consulta dos hipertensos e diabéticos após serem avaliados pela equipe, vamos conseguir um seguimento adequado que vai garantir as consultas anuais que este grupo precisa, além de criar os arquivos específicos onde sejam salvos os dados referentes a cada doente destes grupos assim como as ações que são feitas com eles. A qualidade da atenção atualmente está insuficiente, pois não funciona o agendamento das consultas não temos controle das pessoas que atendemos com hipertensão e diabetes, nem temos noção do cronograma de seguimento médico que eles têm. Por esta razão acreditamos que a equipe pode fazer mudanças no atendimento e diferenciar em um arquivo específico de registro as consultas para cada um dos nossos usuários.

Portanto, a relevância da intervenção está em envolver toda família na aprendizagem de hábitos saudáveis; alimentação e estilos de vida que garantam uma qualidade de vida melhor. A equipe toda da nossa UBS tem grandes expectativas para com a intervenção, pois pretendemos reduzir juntos: a mortalidade por AVC (Acidente Vascular Cerebral) e Infarto agudo do miocárdio além de determinar todos os fatores de risco cardiovascular e fazer acontecer atividades de promoção e prevenção em saúde. As principais dificuldades e ou limitações que poderíamos apresentar estariam condicionadas por atrasos nos cadastros dos usuários pela falta de ACS existente nestes momentos na nossa área de abrangência, a qual inclui o interior que fica mais longe do nosso alcance, mas que

são atendidos pela UBS. Acredito que vamos ter muitas melhoras na qualidade do atendimento médico aos nossos usuários, pois vamos dispor de um tempo maior para atender este grupo da população que sem dúvidas estão nestes momentos carentes de ensino, atenção e seguimento pela equipe de saúde, além disso, melhoraria também a determinação e o controle dos fatores de risco que tem os nossos pacientes com vistas a intervir positivamente neles para conseguir mudanças que sejam benéficas para os doentes.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Nonoai, Nonoai/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e Metas

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

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos 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.

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

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão dos idosos ao Programa de Saúde do Idoso:

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este Projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde Nonoai, no Município Nonoai, Rio Grande do Sul. Participarão da intervenção os hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência em saúde. O cadastro será realizado de acordo com as estimativas dos ACS que atendem nas diferentes comunidades em conjunto com a Equipe da ESF fazendo busca ativa dos hipertensos e diabéticos com problemas para se deslocar até o posto de saúde. Terá uma meta de um 70% em 16 semanas de trabalho podendo chegar a atingir 100% da população com estas doenças. Será utilizado o Protocolo de atendimento a Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária de Saúde (POA, RS 2009) e o Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2002), Caderno de Atenção Básica 7 – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, Protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), além do Protocolo de Hipertensão e Diabetes do ano 2013 do Ministério da Saúde.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

No eixo Monitoramento e avaliação, será monitorado o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Saúde da Pessoa

com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus através da revisão dos registros de hipertensos e diabéticos pelo médico e a enfermeira semanalmente.

No eixo Organização e gestão dos serviços será garantido o registro e cadastro dos hipertensos e diabéticos no programa, o arquivo de registro do mesmo, o acolhimento organizado e humanizado dos portadores destas doenças, o material adequado para medir pressão arterial e hemoglicoteste mediante o trabalho articulado da equipe toda.

No eixo Engajamento público vamos garantir a informação à comunidade da existência do programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, da importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, da importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg, dos fatores de risco para o desenvolvimento da hipertensão arterial, que vai ser responsabilidade dos ACS em conjunto com os profissionais da saúde da UBS principalmente nas atividades dos grupos HIPERDIA duas vezes por semana.

No eixo Qualificação da prática clínica vai ter lugar a capacitação dos ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, capacitação da equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmhg, tarefa do médico da equipe básica de saúde junto com a enfermeira na primeira semana da intervenção.

Objetivo 2: Qualidade (Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos)

No eixo Monitoramento e avaliação será monitorada a realização do exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos fazendo a revisão das fichas individuais pelo médico nas consultas e revisando também os registros gerais dos pacientes, o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde fazendo a revisão das fichas individuais pelo médico nas consultas e revisando os registros, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico mediante a revisão das fichas individuais,

semanalmente pelo médico e enfermeira da EBS com ajuda da equipe no acolhimento na revisão dos medicamentos da Farmácia Popular.

No eixo Organização e gestão dos serviços serão definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos, organizada a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, estabelecida a periodicidade para atualização dos profissionais, disponibilizada a versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde, garantir a solicitação dos exames complementares, garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos, atividades que serão definidas na reunião da equipe entre a primeira e segunda semana da intervenção no horário da tarde, mediante a solicitação de ajuda aos gestores e com o atendimento de qualidade do médico da EBS.

No eixo Engajamento público serão orientados os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, também serão orientados os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares, orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso, orientar a comunidade e os pacientes hipertensos sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, pelo médico nas consultas e pelos profissionais da EBS nos grupos HIPERDIA.

No eixo Qualificação da prática clínica terá lugar a capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado, a capacitação da equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, atualização do profissional no tratamento da hipertensão e da diabetes, capacitação da equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular, capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e

diabéticos, as quais serão feitas pelo médico do PSF na segunda semana no horário da tarde.

Objetivo 3: Adesão (Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa)

No eixo Monitoramento e avaliação vai-se monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo mediante a revisão das fichas individuais pelo médico nas consultas e a revisão dos registros pelo médico e enfermeira mensalmente.

No eixo Organização e gestão dos serviços vai acontecer a organização das visitas domiciliares para buscar os faltosos, a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares, realizada duas vezes por semana pelos profissionais da equipe nos pacientes agendados pelos ACS.

No eixo Engajamento público informaremos a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre as estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes, esclareceremos aos portadores de hipertensão e diabetes a importância da periodicidade preconizada para a realização das consultas, nos grupos HIPERDIA feito nas comunidades e nas consultas individuais feitas pelo médico.

No eixo Qualificação da prática clínica capacitaremos aos ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, atividade será realizada pelo médico na primeira semana em dois turnos de uma hora no horário da tarde.

Objetivo 4: Registro (Melhorar o registro das informações)

No eixo Monitoramento e avaliação monitoraremos a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, fazendo uma revisão dos registros semanalmente pelo médico e/ou enfermeira responsável.

No eixo Organização e gestão dos serviços manteremos as informações do SIAB atualizadas, implantaremos a ficha de acompanhamento, pactuaremos com a equipe o registro das informações, definiremos responsável pelo monitoramento dos registros, atividades, maiormente supervisionadas e executadas pela enfermeira do posto de saúde com periodicidade de atualização mensal dos dados.

No eixo Engajamento público serão orientados os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a

segunda via se necessário, a ser realizado pelos profissionais da EBS duas vezes por semana, nas atividades do grupo HIPERDIA nas comunidades.

No eixo Qualificação da prática clínica capacitaremos a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético, para o registro adequado dos procedimentos clínicos, esta atividade será realizada pelo médico na primeira semana em um turno de uma hora no horário da tarde.

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

No eixo Monitoramento e avaliação monitoraremos o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, fazendo a revisão das fichas individuais pelo médico nas consultas individuais e revisão dos registros pelo médico e enfermeira mensalmente.

No eixo Organização e gestão dos serviços priorizaremos o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco, organizaremos a agenda para o atendimento desta demanda, atividade que vai ser realizada pelo médico e/ou enfermeira em todas as consultas individuais e em todos os turnos de atendimento.

No eixo Engajamento público orientaremos os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, esclareceremos os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, a ser realizado pelos profissionais d UBS duas vezes por semana, nas atividades do grupo HIPERDIA nas comunidades e pelo médico nas consultas individuais.

No eixo Qualificação da prática clínica capacitaremos a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham, para a importância do registro desta avaliação, quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, atividade a ser realizada pelo médico na primeira semana no turno da tarde em uma hora.

Objetivo 6: Promoção da saúde (Promover a saúde de hipertensos e diabéticos)

No eixo Monitoramento e avaliação monitoraremos a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos, a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos, realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos, a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos fazendo revisão dos itens a serem expostos nas palestras semanais nas comunidades e os registros pelo médico e enfermeira uma vez por semana com preenchimento dos dados na planilha eletrônica mensalmente.

No eixo Organização e gestão dos serviços organizaremos práticas coletivas sobre alimentação saudável e práticas coletivas para orientação de atividade física. Demandaremos ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo" fazendo uma exposição das necessidades e vantagens do mesmo. Organizaremos tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual, estabelecendo um tempo mínimo de 15 minutos por paciente em consulta. As práticas serão organizadas nas atividades do grupo HIPERDIA nas comunidades.

No eixo Engajamento público orientaremos aos hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, e a comunidade junto com os hipertensos e diabéticos sobre a importância da prática de atividade física regular, orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, sobre a importância da higiene bucal, a ser realizado pelos profissionais da UBS duas vezes por semana, nas atividades do grupo HIPERDIA nas comunidades e pelo médico nas consultas individuais.

No eixo Qualificação da prática clínica capacitaremos a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, também capacitaremos a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde, sobre a promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de pacientes tabagistas, para oferecer orientações de higiene bucal, atividade a ser realizada pelo médico na segunda semana no turno da tarde em uma hora.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador: 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% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:

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

Indicador: 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: 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: 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 diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos:

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3. Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus vamos adotar o Protocolo de Hipertensão e Diabetes do ano 2013 do Ministério da Saúde. Utilizaremos uma ficha de espelho de pacientes Diabéticos e uma ficha espelho de pacientes hipertensos que não está disponibilizada no Município, mas que foi disponibilizada pelo curso (Anexo C).

Estimamos alcançar com a intervenção 406 hipertensos e 140 diabéticos precisando de 546 fichas espelho para as consultas dos hipertensos e diabéticos alvo da intervenção. Faremos contato com o gestor municipal para dispor de 406 fichas de espelho para hipertensos e 140 fichas de espelho para diabéticos necessários e para imprimir 546 fichas complementares que serão anexadas às fichas espelho. Nestas fichas espelho serão avaliados todos os indicadores que vão ser quantificados para fazer a avaliação final do projeto de intervenção. Para acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a revisão sistemática dos dados pelo médico e enfermeira do posto de saúde.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisara o livro de registro identificando todos os usuários hipertensos e diabéticos que vieram para se consultar nos últimos três meses. A profissional localizara os prontuários destes Hipertensos e Diabéticos e transcrevera todas as informações disponíveis para esta ficha espelho. Ao mesmo tempo realizara o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe de saúde, assim que começaremos a nossa intervenção com a capacitação sobre o Protocolo da Hipertensão e a Diabetes para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos Diabéticos e Hipertensos. Esta capacitação será feita na UBS, para isto serão reservados duas horas ao final do expediente no horário utilizado para a reunião da equipe. Cada membro da equipe estudara uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros.

A organização da logística passará por cinco eixos principais:

A Capacitação dos profissionais da equipe nas atividades relativas ao projeto de intervenção que inclui: conhecimento dos protocolos de atenção, uso das

fichas individuais, grupais, espelho e acompanhamento, avaliação clínica de risco, exame físico específico das lesões de órgãos alvo, adequada técnica de realização de toma de pressão arterial e hemoglicoteste, educação sanitária da população e atividades de promoção de saúde. Estas atividades vão ser realizadas no transcurso da primeira semana em três sessões diferentes de uma hora de duração depois das 4 horas da tarde, pois desta maneira vamos conseguir a incorporação progressiva destas atividades evitando sobrecargas aos profissionais de saúde. Terão lugar no Posto de saúde na sala de reuniões da equipe com ajuda de um retroprojetor para fazer mais amenas as capacitações e a equipe saia com uma ideia geral do trabalho. Este horário já está autorizado pelo gestor em saúde para levar a cabo as atividades planejadas.

O acolhimento e avaliação dos usuários com o preenchimento dos dados: o acolhimento será realizado pelas técnicas de enfermagem em todos os turnos de atendimento no caso, nos dois turnos, as quais preencherão os dados nas fichas individuais, do grupo e espelho, encaminhando logo para a consulta de enfermagem ou com o médico os que realizarão o exame físico e a avaliação final do usuário no consultório e preencherão o resto dos dados que medem os indicadores de saúde. Serão realizadas atividades tais como de busca de usuários faltosos pelos ACS e visitas domiciliares duas vezes por semana nos bairros da área de abrangência. Temos uma estimativa aproximada de 34 pacientes por semana. Esta atenção que as técnicas de enfermagem vão dar de maneira diferenciada para os diabéticos e hipertensos vai ter uma seção de capacitação pelo médico no posto de saúde em um horário aberto só para capacitação profissional qualificada na tarde da terça-feira da primeira semana às 3 horas da tarde, para elas saber como orientar aos usuários que compõem este importante grupo da nossa população.

Realização de exames complementar, avaliação de saúde bucal, tratamento medicamentoso e atividades educativas individuais: dado este caso o médico na consulta solicitara os ECG e os exames necessários segundo protocolo de atenção aos usuários Hipertensos e Diabéticos os que serão realizados segundo a fila de espera do SUS conseguindo com o gestor municipal um total de 50 exames semanais. Agendaremos a consulta subsequente e a consulta com um odontologista que o município vai contratar 20 horas por semana para fazer os atendimentos, sendo aproximadamente um total de 3 usuarios por dia, consultas que vão ter lugar

no outro posto de saúde do município situado no bairro operário, e este profissional realizará atividades de promoção de saúde individualizadas.

Realização de busca de usuários nas comunidades e atividades comunitárias: para cumprir com este eixo implementamos um sistema de visitas às comunidades em conjunto com as igrejas e as associações comunitárias, por semana, onde a nossa equipe vai realizar atividades grupais e atendimentos individualizados e os agentes comunitários de saúde levarão os usuários faltosos ou que estão precisando de avaliação, tendo uma expectativa de aproximadamente 10 casos por semana. As visitas domiciliares terão uma frequência de duas vezes por semana no horário da tarde preferivelmente para não interferir com o horário do sono dos nossos usuários de manhã e vai ter um planejamento por bairros atingindo toda a área de abrangência em um planejamento planejado em conjunto com os ACS por semana.

Monitoramento de dados: todas as semanas a enfermeira e o médico realizarão uma revisão dos dados das fichas grupais e espelho, fazendo as adequações necessárias e determinando em conjunto com os ACS, se realizarão busca de usuários faltosos ou com atrasos e agendarão as consultas na semana entrante e o número deles. Os dados serão consolidados na ficha de atendimento de forma mensal pelo médico e/ou enfermeira. Desta maneira planejamos fazer a logística para cumprir com todas as ações que estão propostas no nosso trabalho de intervenção.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Completamos 16 semanas da intervenção em saúde no Programa de Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus, projeto que trouxe muitas mudanças na rotina habitual do posto de saúde até o final, mas que sem dúvidas superou as expectativas de uma equipe de saúde completa e com boa aceitação da população em geral.

Durante este tempo tivemos a necessidade de alterar parte das ações programadas, mas os usuários atendidos tiveram a oportunidade de se beneficiar com um serviço mais humanizado, organizado e com profissionais que ofertaram um atendimento de alta qualidade, alcançando assim, de maneira geral, todos os objetivos traçados para esta intervenção.

As ações de capacitação da equipe de saúde aconteceram na primeira semana junto com as enfermeiras e ACS onde foi apresentada a avaliação da estratificação de risco neste grupo de usuários com vistas a capacitar eles para fazer parte da intervenção na identificação de riscos e comorbidades. Foi disponibilizado nos consultórios médicos o Protocolo de Hipertensão e Diabetes atualizado do Ministério da Saúde, garantindo assim o fácil acesso dos profissionais da saúde para conferência mediante dúvidas durante as consultas.

Em virtude do número de hipertensos e diabéticos da nossa área de abrangência fizemos uma priorização dos mais necessitados após a capacitação dos ACS para conseguir visitar os que moram sozinhos e precisam de atenção especial para garantir que tomem os seus remédios em hora. As visitas domiciliares foram agendadas de acordo com a solicitação dos ACS com fins de realizar buscas ativas para aqueles usuários que precisavam mesmo de orientação no seu domicílio, pois, a falta de transporte e combustível muitas vezes magoaram os ânimos da

equipe toda pela frustração dos planos traçados. A média de visitas foi de 7 a 8 por semana às vezes com os nossos carros mesmo para não deixar os usuários esperando.

A princípio foi quase impossível prosseguir com a intervenção, a equipe não gostava de ter tantas pessoas o dia todo na UBS, reclamavam o tempo todo pelas exigências do trabalho, não queriam assumir nenhuma responsabilidade das que já tinham sido apresentadas para eles e discutidas na reunião da equipe, na verdade foram o amor e o apoio dos ACS que os motivaram a dar continuidade à intervenção e alcançar os resultados.

Durante o preenchimento da planilha de coleta de dados dos hipertensos e diabéticos percebemos que poderiam ter sido incluídos outros aspectos importantes nela que iam viabilizar ainda mais o sistema de informações que temos de cada usuário com vistas a conhecer mais da sua doença e da sua estabilidade psicossocial, como por exemplo, avaliar a quantidade de obesos e sobrepeso que foram consultados durante este período.

Previamente à consulta os usuários sempre tiveram um acolhimento por toda equipe com atividades de educação em saúde, métodos de ensino para reconhecer sinais e sintomas de infarto agudo, de ACV, de desidratação e outras situações que não podem ser atendidas em casa e precisam de atendimento hospitalar. Além disso, faziam aferição da pressão arterial, peso, altura, temperatura e medição do perímetro braquial e circunferência abdominal. Os atendimentos clínicos aconteceram de forma integral, com consultas médicas e de enfermagem para facilitar o diálogo com os usuários, como temos um número considerável de hipertensos e diabéticos na Unidade, os dados coletados nas fichas-espelho foram sendo colocados nas Planilhas de Coleta de Dados ao longo da intervenção. Durante os atendimentos, notamos uma maior satisfação dos usuários com os serviços prestados por todos na UBS, foi um caminho bem difícil chegar até aqui, cheio de incompreensões, mas agora podemos dizer que houve redução na demanda dos usuários da nossa área de abrangência tornando mais fácil a realização de ações de orientação, e promoção coletivas e individuais. A prevenção em saúde pela primeira vez está sendo feita em Nonoai e tem sido um sucesso tanto para usuários quanto para gestores e representantes do município.

Não tivemos muitos faltosos à consulta, a equipe esperava menos aceitação do programa, pois os nonoaienses não são acostumados a serem assistidos em

consultas agendadas previamente. A busca ativa dos faltosos foi feita sempre no dia seguinte para conseguir investigar as causas reais da ausência do usuário à consulta, engraçado que eles falavam bem assim: "estava com preguiça", ou "não achei importante ir porque estou bem" e esses mesmos ao ser conferido a PA (Pressão Arterial) e ser feito o hemoglicoteste estavam descontrolados das suas doenças o que levava a uma longa jornada de educação, explicações e convencimento para recuperar as consultas perdidas que por sorte foram recuperadas todas.

O início da intervenção foi a fase mais difícil para o registro das informações, pois a demanda era alta, mas o prontuário, a ficha espelho e a planilha são ao unísono espelho uma da outra, com o andamento da intervenção a demanda diminuiu e os casos agudos também diminuíram. Hoje conseguimos fazer todas as ações com menos preocupação e mais tempo, até pensamos em ocupar o tempo que os usuários ficam sem atividade enquanto esperam na fila para serem atendidos colocando programas educativos e fazendo pequenas palestras na sala de espera.

As reuniões de equipe aconteceram só uma vez ao mês questão que atrapalhou a comunicação entre os integrantes da ESF, pois internamente determinamos nos reunir todas as quintas férias meia hora para falar das dificuldades da semana e os planos para a seguinte foi assim que chegamos ao final.

Uma questão de muita importância é o andamento dos grupos de hipertensos e diabéticos criados há tempo nas nossas comunidades e que apoiam e fortalecem a nossa intervenção na parte de promoção e prevenção em saúde os quais foram afetados muitas vezes gerando um clima de insatisfação não só dos usuários senão também dos profissionais todos, mas mesmo assim a diferença foi feita nas comunidades onde conseguimos chegar, não tem nada melhor do que trocar ideias com os familiares, com as lideranças das comunidades e conhecer os pontos vulneráveis de cada família nas suas particularidades com a ajuda dos ACS.

Tivemos momentos excelentes ao longo destas 16 semanas, as palestras nos bairros serviram para tirar dúvidas dos participantes, a participação nos grupos aumentou em 70% aproximadamente dos primeiros encontros até agora, e na UBS a quantia dos faltosos tem diminuído também, a comunidade está gostando de ter participação nas atividades educativas, e as famílias que não se importavam muito estão tomando parte no assunto em relação aos medicamentos dos doentes.

Sentimentos de gratidão, surpresa, alegria e até lágrimas tem feito parte do nosso dia a dia o que reconforta e impulsiona para seguir em frente.

Nas comunidades podemos perceber que os problemas sociais estão sendo causa de problemas familiares, pois tem um incremento das gravidezes não planejadas, usuários de drogas, adultério, conflitos entre vizinhos, grande número de fumantes e alcoólatras que no seu conjunto vão lacerando os laços familiares e destruindo a estabilidade emocional. Temos feito muitas coisas boas neste tempo, mas falta muito por fazer neste povo para ajudar a população carente de orientação em todos os sentidos.

Neste período transcorrido, além da boa interação da equipe, o contato próximo entre o médico e a enfermeira ao longo da intervenção foi fundamental para um planejamento adequado da intervenção.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Dentre as atividades previstas que não foram realizadas podemos citar as reuniões com a Secretaria Municipal de Saúde que não foram possíveis, pois segundo a Direção da Unidade só poderia ser feita uma reunião com o Secretário de Saúde do Município o que consideramos inviável sendo orientado a articular ideias e ações dentro do espaço físico da Unidade, para não comprometer a ordem do cronograma.

Outro problema foi a falta de transporte e combustível que vivemos no início devido ao final e começo de ano o que inviabilizou em várias ocasiões a realização dos grupos de hipertensos e diabéticos e, portanto, as atividades de promoção de saúde e palestras planejadas para essas comunidades.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Dentre as dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção podemos citar que pela falta de recursos do município para garantir os requerimentos do curso, tivemos que criar um arquivo manual por data de consulta para não perder as informações e a sequência de agendamento das consultas, pois o fator tempo influi muito no preenchimento dos dados de cada paciente. Desta

maneira conseguimos digitar e calcular os indicadores de cada um dos hipertensos e diabéticos que foram atendidos durante a intervenção. As planilhas que disponibilizou a UFPEL (Universidade Federal de Pelotas) foram utilizadas de maneira sistemática ao longo de toda a intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações que foram realizadas nestas 16 semanas fazem parte das atividades que pretendemos manter após a finalização da intervenção com a população em geral. Em momentos como este foi possível realizar a interação entre a equipe e a comunidade assim conseguimos conhecer melhor as pessoas das comunidades com suas dúvidas, reclamações, questionamentos, problemas e necessidades. Após o término da intervenção acredito que os profissionais envolvidos irão incorporar com ainda mais afinco as ações da intervenção à rotina do serviço.

Acredito que a rotina dos atendimentos, visitas domiciliares e registro dos dados serão incorporados ao serviço sem dificuldades, pois o projeto possibilitou que a equipe pudesse ver como essas mudanças no cotidiano do trabalho fazem a diferença na qualidade do serviço prestado e no processo de trabalho dos profissionais.

Portanto, acredito que longe de correr trata-se de uma caminhada lenta, mas com resultados finais alarmantes enquanto qualidade e humanização, onde uma reflexão crítica, e uma observação ampliada pode-nos levar até a solução dos problemas de muitas pessoas que convivem hoje com doenças no nosso Nonoai.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção buscou melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da área de abrangência da UBS Nonoai. A equipe é responsável por uma população de 5.800 pessoas. Destas, 4.382 são maiores de 20 anos, sendo que 580 têm hipertensão e 200 diabetes, segundo as estimativas da planilha de coleta de dados que foi utilizada como base para os cálculos dos indicadores.

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

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Trata-se de um público volumoso e que estava precisando de melhoria da atenção à sua saúde, tendo em vista que, a cobertura do programa no período da análise situacional era de 45% para hipertensão e 54% para o diabetes. O resultado da intervenção apresenta dados satisfatórios em nossa área de atuação. A partir dos indicadores avaliados, obtivemos melhora progressiva ao longo das semanas. Isso demonstra o comprometimento da equipe em melhorar a cobertura do programa e o atendimento ao usuário ao longo de cada mês.

O número total de hipertensos com 20 anos ou mais acompanhados no Programa e residentes na área de abrangência da equipe, em cada mês da intervenção foi, respectivamente, 58 (10,0%), 166 (28,6%), 296 (51,0%) e 499 (86,0%). Já em relação ao diabetes, o número total de acompanhados foi

respectivamente 20 (10,0%), 56 (28,0%), 102 (51,0%) e 175 (87,5%) respectivamente.

Antes do início da intervenção, as metas de cobertura estimadas para o Programa de Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus Saúde foi 70,0% respectivamente. Conforme é possível observar na figura 1 e 2, essas metas foram alcançadas e ainda superadas pelo intenso trabalho da equipe de saúde.

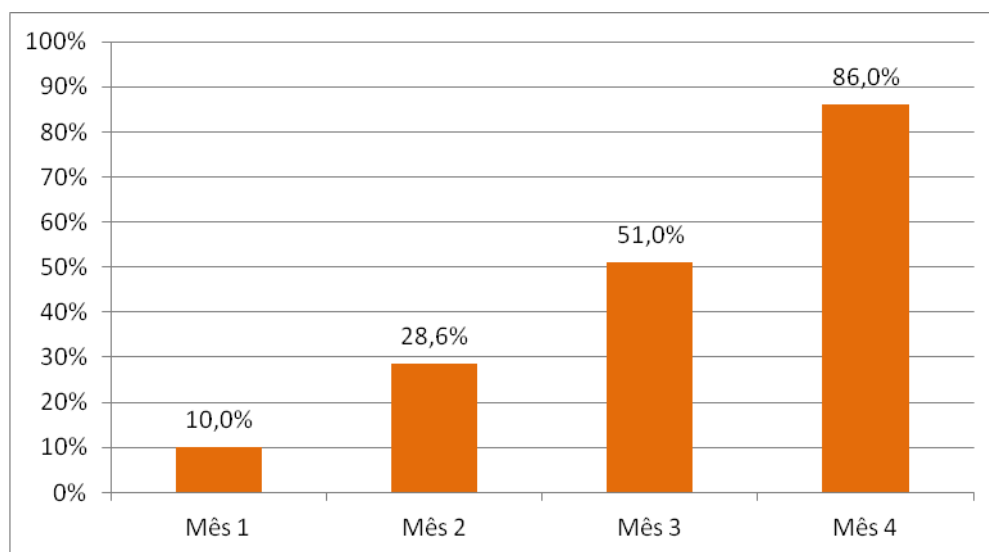


Figura 4: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Nonoai/RS, 2015.

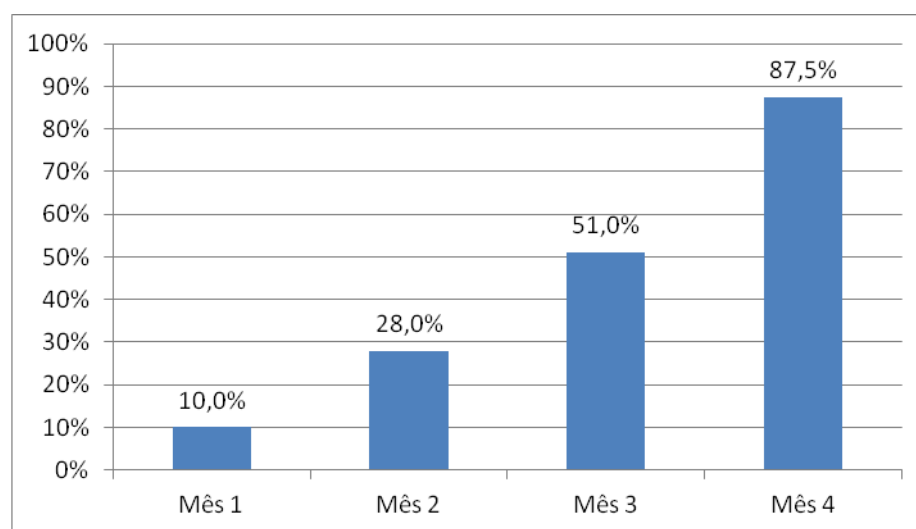


Figura 5: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. Nonoai/RS, 2015.

O indicador de cobertura do programa de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes nos permite conhecer o número de pessoas contempladas com estas doenças na nossa UBS, sabendo melhor como se encontra sua saúde. O trabalho em equipe bem organizado e com ajuda dos gestores e da própria

população contribuiu para alcançar este resultado. Ressalta-se que com o esforço dos ACS que estão em número insuficiente e o trabalho da equipe na minha ausência a um ritmo admirável foi possível superar a meta planejada no início da intervenção.

A maioria das pessoas com diabetes também são hipertensas, logo, foram atendidas por apresentar os dois agravos. No terceiro mês eu saí de férias pelo que a minha equipe se fez responsável pela continuidade do projeto alcançando na minha ausência resultados satisfatórios, e depois no que seria o quarto mês dei continuidade a intervenção chegando ao momento atual com 16 semanas de cuidado continuado com a minha presença na UBS. A intervenção foi incorporada à rotina da unidade, e as ações planejadas continuam acontecendo na 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 cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Para os indicadores de qualidade, foram estabelecidas metas de 100%. No programa de atenção à HAS o número de usuários que realizaram exame clínico apropriado ao longo da intervenção, no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês foi, respectivamente, 58 (100%), 166 (100%), 296 (100%) e 499 (100%). No programa de atenção à diabetes, os resultados obtidos foram 20 (100%), 56 (100%), 102 (100%) e 175 (100%), no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, respectivamente.

Foi possível a excelente porcentagem graças ao trabalho dos médicos da UBS, que estavam sempre levando o protocolo nas consultas realizadas. Esta ação não apresentou inconveniente, pois houve cumprimento pelos participantes da intervenção, todos os profissionais, na realização dos exames clínicos apropriados e solicitados no protocolo.

Foram possíveis os resultados com o percentual alcançado levando em conta a avaliação sistemática usada nas ações da intervenção, que priorizaram a qualidade das consultas, sendo realizado um exame físico completo como também avaliação do risco cardiovascular, fornecendo um atendimento integral, contínuo e organizado nas consultas.

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 meta garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia, de acordo com o protocolo, não foi alcançada. No primeiro mês de intervenção foram atendidos 58 usuários hipertensos e 41 ficaram com exame complementares em dia de acordo com o protocolo, com 70,7%. No mês dois foram atendidos 166, ficaram com exame em dia 136 representando 81,9 %, no terceiro foram 296 usuários hipertensos e deles 250 com exame complementares em dia, que corresponde ao 84,5% e já no último mês de 499 usuários atendidos, 444 tinham feito os exames complementares representando um 89,0%. A meta não ficou cumprida em 100%, mas, na continuidade do trabalho, vai começar a chegar os usuários com exames feitos, pois muitos não conseguem realizar os exames na hora pela grande fila que ainda existe no nosso município para fazer os exames do SUS (Sistema Único de Saúde), mas com a ajuda do prefeito e gestores do município está encaminhada uma solução para agilizar esta situação por licitações com outros laboratórios do município mesmo priorizando estes grupos da população.

No primeiro mês de intervenção foram atendidos 20 usuários diabéticos e 14 ficaram com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, com um percentual de 70,0%. Já no segundo mês, forem atendidos 56 com 43 representando o 76,8% de exames complementares realizados. No terceiro, foram 102 usuários diabéticos deles 84 com exame em dia, representando 82,4% e já no último mês foram 102 usuários com exames feitos que representou 88,0. Foi possível por uma estratégia da equipe em indicar os exames por protocolos aos usuários selecionados pelas enfermeiras, também nas visitas domiciliares e em visitas dos usuários a UBS por outras causas para ajudar a melhorar o percentual de usuários com exames feitos apresentando-se a mesma dificuldade que com os hipertensos enquanto a realização dos exames. A meta não foi cumprida 100% mas com a continuidade do trabalho, vão continuar chegando os usuários com exames feitos.

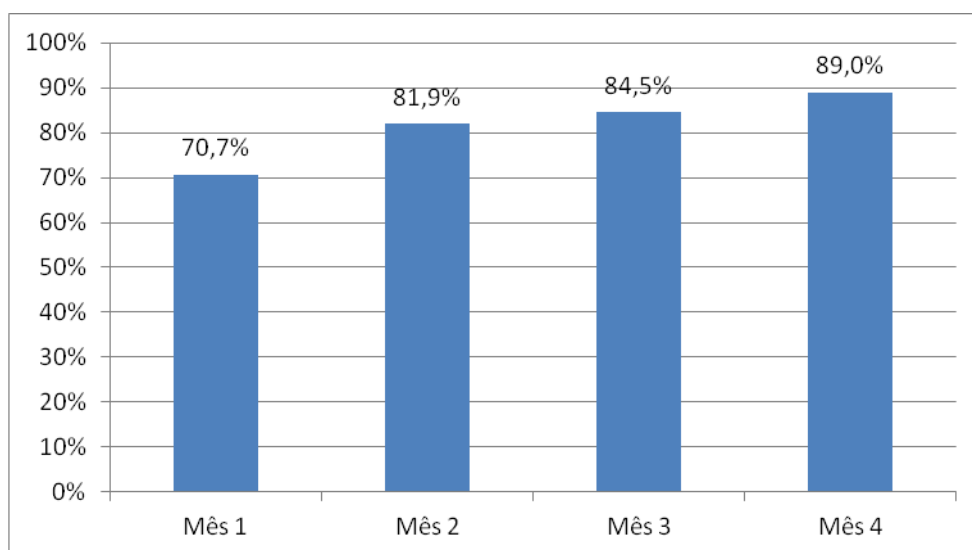


Figura 6: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Nonoai/RS, 2015.

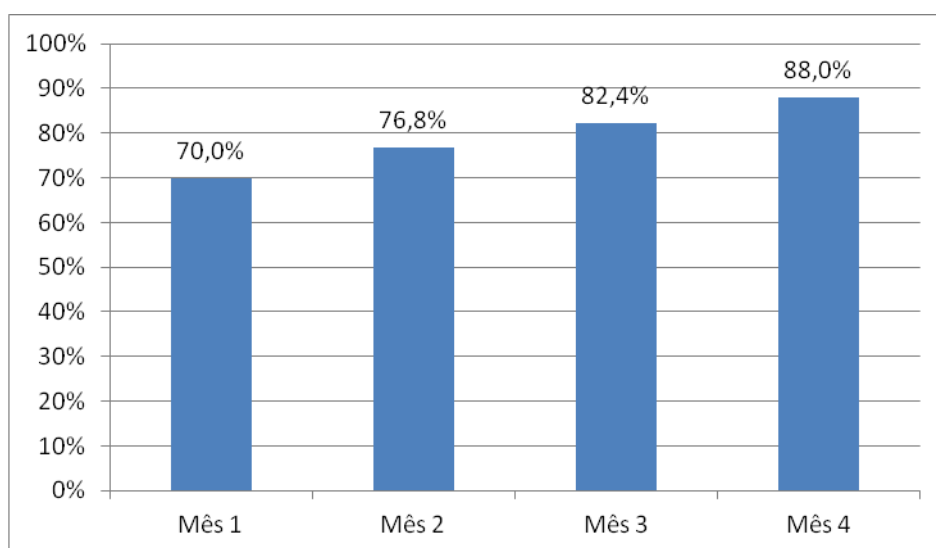


Figura 7: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Nonoai/RS, 2015.

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/HIPERDIA para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Quanto à prescrição de medicamentos da farmácia, no primeiro, segundo, terceiro e quarto mês, o número de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular foi, respectivamente, 53 (91,4%), 160 (96,4%), 282 (95,3%) e 480 (96,2%), enquanto o número de diabéticos foi 18 (90,0%), 54 (96,4%), 99 (97,1%) e

171 (97,7%), no primeiro, segundo e terceiro e quarto mês, respectivamente (Figuras 7 e 8).

Esses percentuais ficaram estáveis em boa parte da intervenção porque o uso da Farmácia Popular é um problema que deve ser resolvido em conjunto com os médicos mais experientes e antigos que trabalham no município e indicam medicamentos que não são genéricos, que os usuários não podem conseguir nestas farmácias, o que leva o paciente a comprar se tiver dinheiro e muitas vezes a não tomar os remédios por vergonha de falar que não tem possibilidade de comprar o que traz agravos da saúde dos usuários. Também é necessário fazer um trabalho de conscientização com a comunidade, para que eles possam ir mudando a forma de pensar, principalmente dos mais idosos, que em percentual alto consomem medicamentos comerciais.

Os gráficos indicam que o declínio nos dois últimos meses tem relação direta com os usuários que já tomavam a medicação comercial e não são usuários novos, pois eles já fazem uso da medicação e é muito difícil de trocar em uma única consulta, entendendo que leva um tempo e requer um trabalho conscientização para conseguir frutos.

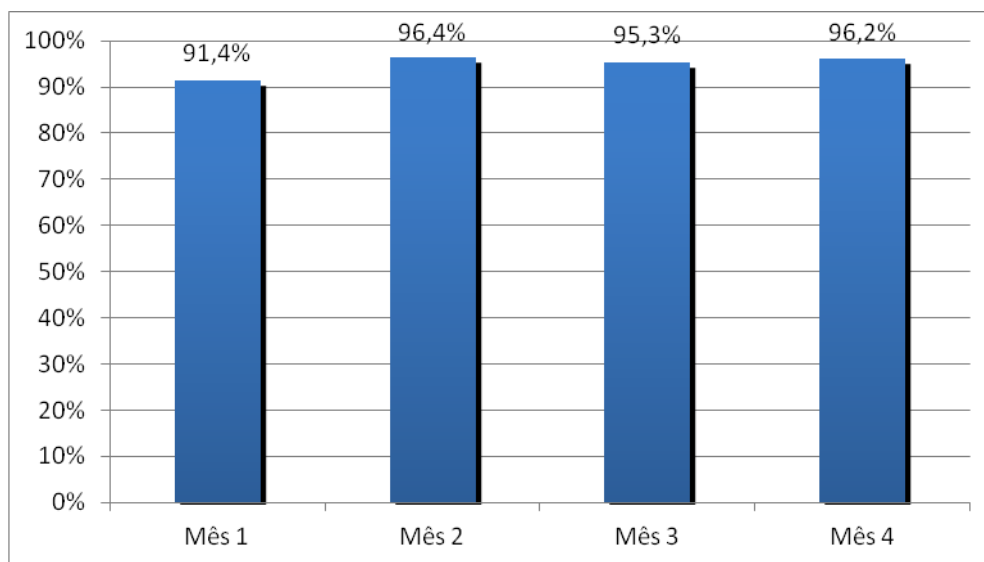


Figura 8: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. Nonoai/RS, 2015.

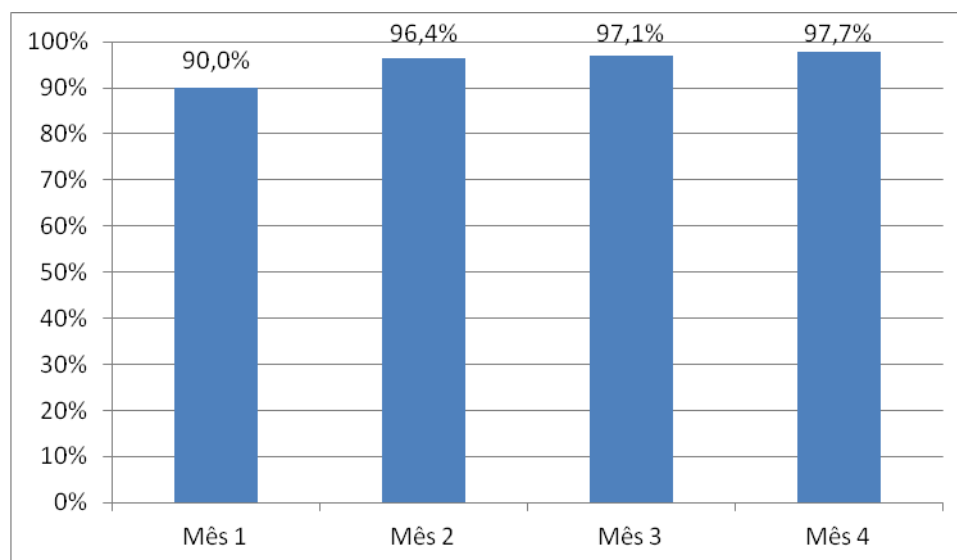


Figura 9: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada. Nonoai/RS, 2015.

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

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

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico aos usuários hipertensos nos dois primeiros meses foi de 100% (58) e 100% (166) respectivamente. O terceiro e quarto mês fecharam com 100% também (296) e (499) respectivamente, pois tivemos bem de perto uma equipe bem competente de dentistas que prestaram atenção o tempo todo a este aspecto. Já para os usuários diabéticos tivemos no primeiro mês foi de 20 (100%) avaliações da necessidade de atendimento odontológico e nos meses subsequentes alcançamos este percentual também 100%.

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

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

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

A meta buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada foi alcançada, pois foi realizada busca ativa pelos ACS em 100% dos faltosos.

Os resultados têm a resposta em uma equipe de saúde que trabalha fazendo honra ao nome de equipe, os ACS são a melhor ponte de acesso entre o usuário e parte da equipe que fica na 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.

Quanto à proporção de usuários hipertensos e diabéticos que tiveram seu registro adequado na ficha de acompanhamento foi alcançada uma boa meta. Alcançamos como resultado o 100% graças ao desempenho de todos os médicos da equipe que preencheram junto com as enfermeiras todas as fichas sem atraso nos registros. O trabalho dos médicos fazendo todas as anotações, uma enfermeira supervisionando o trabalho uma vez por semana, e o médico responsável do programa analisando todas as semanas os dados para colocar na Planilha de forma que não faltasse nenhum registro dos usuários possibilitaram sem dúvidas estes resultados.

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

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

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

Foi necessário fazer o mapeamento da estratificação do risco cardiovascular tendo como meta 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Na prática, o número de hipertensos e diabéticos com estratificação do risco cardiovascular foi feito em 100% dos usuários participantes pela possibilidade de ter 100% dos exames clínicos ao dia. Em todas as consultas os médicos solicitaram

exames para o controle de risco cardiovascular provendo assim um atendimento integral, contínuo e organizado nas consultas.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Foram realizadas ações educativas com a intenção de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos. Estas atividades foram cumpridas em 100% destes usuários dos dois grupos, mesmo nos grupos de hipertensão e diabetes quanto nas consultas individuais e nas atividades com a comunidade. Como contamos com a ajuda de nutricionistas, os médicos e a equipe de enfermagem fomos também responsáveis de garantir essa tarefa assim orientamos sobre alimentação saudável e cumprimos a meta.

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

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

Da mesma forma, também foram realizadas ações educativas com a intenção de garantir a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos orientações em relação à prática regular de atividade física. No transcurso da intervenção não contamos com educadores físicos, mas mesmo assim cada membro da equipe fez sua parte orientando em cada espaço sobre a importância da atividade física, fizemos palestras, orientamos em cada consulta e também falamos nos acolhimentos deste tema tão importante. A meta foi cumprida, sem apresentar inconvenientes, foram os médicos que orientavam de acordo com as orientações marcadas no protocolo de atendimento para atividade física durante as atividades educativas.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Quanto às orientações sobre os riscos do tabagismo, tivemos como meta garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos foi cumprida, podemos dizer que dos usuários que fazem uso do tabaco, a maioria sente vontade de largar o vício e assim eles eram bem participativos nas atividades de orientação em grupo que foram realizadas na UBS, e os médicos também faziam orientação durante todas as consultas.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Diante da importância de manter uma boa higiene bucal e que 100% dos usuários hipertensos e diabéticos precisam de orientações de como fazer para manter uma boa higiene bucal, foi que durante as ações de atividades coletivas abordamos essa orientação, tendo a participação de 100% dos usuários muito interessados neste assunto. A maioria dos pacientes apresenta alguma queixa sobre sua saúde bucal e assim as ações educativas tiveram um ótimo apoio da comunidade, pois quando marcávamos eles estavam presente em quantidade bem representativa e interagem com o dentista, tirando várias dúvidas.

4.2 Discussão

Importância da intervenção para a equipe:

Com a intervenção realizada focando os indivíduos hipertensos e diabéticos, acredito que conseguimos alcançar valores interessantes em relação à cobertura de estes usuários. Atingimos a meta de 86,0% dos hipertensos cobertos e 87,5% dos diabéticos. Alcançamos ainda excelentes valores em relação aos exames clínicos em dia, assim como também orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática regular de atividade física, orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Apresentamos muitos fatores positivos com a

intervenção, contribuindo para a dinâmica da UBS, desde a porta de entrada, triagem e orientações. A intervenção, em minha UBS propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, assim como apresentou melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação dos exames dos pés dos diabéticos, laboratoriais, eletrocardiograma, a realização do teste de glicemia na hora da consulta e avaliação de risco de ambos os grupos. Apresentamos uma atenção redobrada na hora de classificar os usuários como de alto risco e aqueles com cifras de pressão e glicose alta.

Importância da intervenção para o serviço:

A intervenção foi realizada com bastante cuidado para que toda a equipe pudesse estar envolvida no processo de trabalho durante toda a intervenção, e assim, exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes, tendo que fazer uso do manual e antes ter estudado para que todos fizessem uso e utilizassem o mesmo protocolo de atendimento. Esta atividade promoveu o trabalho em equipe dos médicos, das enfermeiras, das técnicas de enfermagem, ACS, nutricionista, dentista e da recepção.

Nós médicos fomos os que tivemos maior contato com os usuários participantes da intervenção, éramos nós os que durante o atendimento clínico descrevíamos a evolução do tratamento que os usuários estavam fazendo, registrando tudo no sistema. As enfermeiras passaram por um treinamento e conhecimento do manejo das doenças do programa para poder transmitir para resto da equipe os fatores de risco das doenças em questão, o correto uso da ficha espelho e o próprio manejo com os usuários de alto risco que tem prioridade de atendimento.

As técnicas de enfermagem em conjunto com auxiliares e ACS foram as responsáveis de transmissão das informações através de algumas atividades coletivas que foram feitas pelos médicos, mas como nem toda a população da área participavam das ações eram elas que com folders completavam a atividade para o restante do grupo durante as visitas domiciliares e também foram de extrema importância para fazer as buscas ativas aos faltosos. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades do serviço, pois depois de cada avaliação do risco os

usuários que precisavam de ajuda para uma dieta mais especializada foram encaminhados para a nutricionista da UBS que tinha um espaço em sua agenda para os usuários do programa, como também os dentistas trabalharam em conjunto durante toda a intervenção, pois estavam sempre dispostos a priorizar o atendimento aqueles usuários que estavam sendo acompanhados no Programa contando com a ajuda de outra unidade de saúde para usar o consultório odontológico.

A recepcionista foi responsável por organizar os usuários que estavam chegando e que precisavam passar pelo acolhimento antes de consulta médica, esse acolhimento era feito por uma enfermeira e uma técnica de enfermagem. Muitas vezes a equipe toda participou desses acolhimentos e fez atividades educativas enquanto os usuários esperavam consulta. Os usuários que não podiam chegar até a UBS por causa da idade ou dificuldade de locomoção, as ACSs marcavam as visitas domiciliares e o médico fazia a avaliação no próprio domicílio e dependendo da necessidade fazia o encaminhamento para que outro profissional da saúde viesse avaliar esse usuário, de forma a tentar ajudar ele da melhor forma.

Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram na maior parte concentradas nos médicos; aqueles usuários mesmo que estivessem pressão arterial ou glicose muito alta, ficavam esperando igual a qualquer outro para ser atendido pelo médico e ser medicado. Os médicos faziam a visita domiciliar, desses alguns regressavam outros não, e não tinha ninguém responsável em fazer a busca ativa aos faltosos, ficava pendente. Dessa forma, a intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, de forma que todos da equipe participam e não deixam ninguém sobrecarregado com muitas atribuições.

A melhoria do registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos aperfeiçoaram a agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. Os conhecimentos adquiridos pela equipe já mostram resultados positivos e está sendo colocado em prática e usado para uma melhor organização na UBS, inclusive na atenção de outras doenças ainda não protocoladas. Os usuários que chegam com exames laboratoriais com alguma alteração, a equipe do acolhimento já identifica e comunica ao médico responsável pelo atendimento. A população diabética e hipertensa faz parte de um percentual

alto na população maior de 20 anos, a maioria das famílias tem pelo menos um integrante com uma destas doenças, e assim facilita que os ACS fiquem mais perto dessas famílias cadastradas no programa.

Importância da intervenção para a comunidade:

O impacto da intervenção nas comunidades já foi bem reconhecido, o maior exemplo é nas visitas domiciliares, pois as pessoas ficam olhando que os mais idosos são visitados nas casas e em cada atividade educativa em grupos, falamos dos fatores de risco e percebemos que eles gostam de saber mais sobre suas doenças e assim eles já percebem os benefícios do programa além de que tiram suas dúvidas. Nosso público alvo, os hipertensos e diabéticos já demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém a recepcionista e as agentes de saúde sempre alertam sobre importância dos agendamentos. Durante esses 4 meses, tivemos uma boa cobertura, e a cada dia a ampliação da cobertura do programa de hipertensos e diabéticos é maior.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento:

Hoje, com os resultados já analisados, toda equipe reconhece a importância que a intervenção teve e todos tem interesse em dar continuidade, mas reconhecemos que a intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional todos tivessem se comprometido em ajudar a intervenção como fizeram do meio para o fim. Também destinaria um pouco mais de tempo na elaboração do projeto, envolvendo mais a equipe, e seria mais firme nas solicitações de ajuda à secretaria de saúde, cobrando os insumos que temos direito para uma intervenção adequada.

Teria sido muito mais fácil o desenvolvimento de algumas tarefas se cada um reconhecesse o que deveria ser feito, por conhecimento alcançado trabalhando nas bases dos problemas já apresentados. Hoje na UBS, a população e a equipe tem conhecimento da importância em continuar e expandir este trabalho, apresentando condições materiais e humanas em dar continuidade, e dessa forma conseguir incorporar a intervenção à rotina do serviço em 100%, e unidos teremos condições de superar algumas dificuldades encontradas.

Quais os próximos passos:

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Devemos fazer algumas mudanças em ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação ao uso de medicação fora da farmácia popular, pois ainda existe a mentalidade que remédio de UBS não faz tanto efeito porque é genérico, para isso vamos trabalhar para que os médicos passem aos usuários credibilidade nos medicamentos genéricos do programa HIPERDIA. Junto aos gestores, vamos solicitar melhorias quanto à disponibilidade de carros para movimentar a equipe e os dentistas da nossa UBS para as visitas domiciliares a usuários que não conseguem se locomover até a UBS.

A partir dos próximos meses, já comprometemos a equipe de saúde bucal da nossa UBS para se deslocar conosco até a área e fazer visitas domiciliares pois no momento inicial fomos acompanhados pela equipe de saúde bucal da outra UBS do município que pela falta de consultório odontológico na nossa, assumiu a intervenção e atendeu os nossos usuários.

Assim, podemos perceber que a intervenção foi bem aceita e tem produzidos bons frutos com os usuários que apresentam a hipertensão e/ou diabetes. Diante desses resultados positivos, temos boas intenções que nosso projeto se espalhe também a outras Unidades e que possamos ter uma melhor saúde na nossa comunidade.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Secretário Municipal de Saúde Vilmar Alessi

Na Unidade Básica de Saúde Central de Nonoai foi desenvolvida uma intervenção durante 16 semanas, no período de fevereiro ao maio de 2015, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Esta foi realizada por meio da especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. A equipe escolheu o foco das doenças crônicas não transmissíveis por ter encontrado baixa cobertura na hipertensão e diabetes, e não ter um programa de atendimento adequado ao acompanhamento da população e de poder avaliar desta maneira seu comportamento no município.

Para começar fizemos uma análise situacional demonstrando a necessidade de seguir o protocolo preconizado a ser implantado conforme as recomendações do Ministério da Saúde em seu protocolo atualizado em 2013. Foi recomendado um conjunto de metas com prazo de cumprimento com um cronograma de execução de 16 semanas.

A equipe no decorrer da intervenção demonstrou união no trabalho para dar solução às dificuldades apresentadas e sempre com o objetivo de melhorar a qualidade da saúde da nossa população. No decorrer das 16 semanas, conseguimos uma adesão de 674 usuários ao programa de Hipertensão e Diabetes, todos sendo atendidos segundo o preconizado no protocolo para realização de exames clínicos e laboratoriais. No que compete à Gestão, inicialmente tivemos problemas com alguns exames, dificultando atingir a meta, mas, no decorrer da intervenção foi melhorando e surgiram novas estratégias de solução para alcançar

os resultados de hoje, conforme o reconhecimento obtido do nosso trabalho com os Conselhos Comunitários de Saúde.

Quase todas as metas foram alcançadas, sendo que a meta de cobertura foi superada. Entretanto, a integração de um percentual maior do Programa à Farmácia Popular não foi possível, pois, apesar de um trabalho em conjunto da equipe, reconhecemos que faltou o envolvimento de alguns médicos do município no sentido de não indicarem outros medicamentos de origem comercial e sim aqueles da farmácia popular, explicando aos usuários que não acreditam nestes medicamentos fazendo um trabalho educativo dirigido a aclarar a importância dos medicamentos da farmácia popular nestas 16 semanas.

Atualmente conseguimos ampliar algumas metas com esses grupos e hoje contamos com uma cobertura de atenção ao usuário hipertenso de 86,0% (499) e com os usuários diabéticos 87,5% (175). Temos exames complementares em dia para usuários com hipertensão em 89,0% (444) e 88,0% (154) com exames complementares em dia para os usuários diabéticos. De todos os faltosos as consultas, 100% tiveram a busca ativa realizada e, todos que foram consultados, tiveram sua estratificação de risco cardiovascular realizada. E a cada dia vamos avançando de forma a atingir um maior número de usuários.

A equipe toda reconhece que tem um desafio muito importante que é manter o trabalho desenvolvido até agora, tentando sempre melhorar e leva-lo aos outros usuários dos diferentes grupos populacionais. Aproveitamos para agradecer o apoio total da Secretaria da Saúde e os demais atores comprometidos em melhorar os níveis de saúde do município. Contamos hoje com recursos humanos necessários para levar adiante nossa tarefa com ajuda de toda a equipe.

O nosso atendimento hoje é centrado no agendamento para os atendimentos pelo programa, além dos atendimentos de demanda espontânea e as urgências. Nosso maior objetivo é diminuir com cada consulta, os riscos, fazer uma saúde preventiva e não curativa, já que a UBS é a porta de entrada do usuário no sistema de saúde.

Toda a equipe fica muito grata com apoio dado pela Secretaria de Saúde, gestor municipal e todos os usuários que colaboraram durante a intervenção nas mudanças do estilo de vida, e ajudaram para trazer mais saúde para a nossa comunidade. Em um futuro, mesmo sendo um desafio difícil, nossa meta é incorporar outros programas para levar atenção integral e especializada a outros

grupos da nossa área de abrangência. Para nós, foram muito importantes todas as tarefas desenvolvidas até hoje e ficamos felizes pelas mudanças positivas na Atenção Básica de Saúde e estamos sempre dispostos a trabalhar em sintonia com a gestão de saúde, visando exclusivamente a melhoria da atenção Primária. Entretanto, para que essas atividades de promoção de saúde sejam constantes, necessitamos do apoio, participação e engajamento de todos envolvidos, principalmente dos gestores municipais, para que tenhamos cada vez mais uma sociedade engajada nos seus direitos e para uma melhor oferta de serviços de saúde à comunidade.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários da UBS Nonoai

A nossa equipe de saúde fez um trabalho de intervenção depois de conhecer os principais problemas de saúde que afetam a população da nossa área de abrangência, e resolveu trabalhar com as pessoas com hipertensão e/ou diabetes. A ideia central foi melhorar o atendimento segundo a recomendação do Ministério da Saúde. Para começar, fizemos um levantamento de todas as pessoas com hipertensão e/ou diabetes para manter os dados bem atualizados. O acolhimento foi realizado por todos os membros da equipe, que antes precisaram passar por uma capacitação sobre todas as metas estabelecidas no projeto.

Durante os atendimentos atualizamos os dados dos medicamentos que são consumidos, orientamos sobre como fazer melhor uso da farmácia popular, falamos sobre fatores de risco cardiovascular, e solicitamos os exames preconizados pelo Ministério da Saúde. Para conseguirmos priorizar estes usuários tivemos a conduta de agendar as consultas, para que eles tivessem a possibilidade de ser atendidos sem muita espera, facilitando nosso relacionamento no momento de acolhimento na nossa Unidade de Saúde.

Ao realizarmos estas atividades conseguimos atender em 4 meses 674 pessoas com uma média de mais de 43 consultas por semana. O objetivo principal foi controlar as taxas da pressão arterial e nível de açúcar no sangue, promovendo mudanças no estilo de vida dos pacientes. Através deste trabalho conseguimos identificar melhor as pessoas com essas doenças e fazer atividades educativas em grupos de diferentes idades para promoção e prevenção de saúde, melhoria da qualidade de vida e longevidade dos usuários.

A Unidade de saúde que temos hoje é contemplada com boa estrutura física e recursos para realização não só de atendimento médico, mas também, uma equipe multidisciplinar para proporcionar saúde, sendo composta por nutricionista, dentistas, assistente social e toda equipe de apoio que fica sempre unida para realização de todas as tarefas, e foi neste projeto de intervenção que demonstramos nossas atividades.

As pessoas com hipertensão e/ou diabetes foram responsáveis pelos ótimos resultados obtidos, pois compareceram às consultas agendadas, tiveram boa adesão e interesse por um atendimento de melhor qualidade, e nós como equipe, ficamos felizes com a atitude de todos vocês.

Nossos objetivos foram alcançados e demonstraremos os resultados para a gestão municipal, com a finalidade de expandir para os demais programas recomendados pelo Ministério da Saúde. Pedimos a colaboração da comunidade na adesão dos programas realizados pelos profissionais da equipe, que sempre tem como objetivo elevar os níveis de saúde da nossa população. Em conjunto com a comunidade conseguimos manter várias atividades, mas, para que isso seja continuado, necessitamos do apoio, participação, reconhecimento e a cobrança de todos envolvidos frente aos gestores municipais para que tenhamos cada vez mais uma sociedade engajada nos seus direitos e para uma melhor oferta de serviços à nossa comunidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O desenvolvimento do meu trabalho no curso ao longo desse período me permitiu crescer não só como profissional, mas também como indivíduo. Ao iniciar o curso, as minhas expectativas estavam centradas no fato de que o acesso ao curso de especialização em Saúde da Família iria me ajudar a conhecer as principais doenças e grupos de riscos presentes aqui em Nonoai, além de todas as condições de saúde pública que a intervenção iria abordar na minha comunidade para melhorar a saúde da minha população.

Para minha prática profissional posso dizer que o curso me ajudou a melhorar a língua portuguesa, que influencia diretamente na comunicação com os usuários e também na hora de escrever, facilitando a leitura dos protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde do Brasil. A intervenção contribuiu com a experiência de viver um trabalho em equipe, no início bem complicado, mas com o tempo realizado em união, onde todos ajudaram a fortalecer o trabalho. Antes trabalhávamos de forma desorganizada, mas, mediante a intervenção, aprendemos a fazer as divisões das tarefas, onde cada profissional passou a ter a sua responsabilidade, e juntos, conseguimos demonstrar a capacidade do trabalho em equipe, tornando as ações e os resultados bem mais produtivos. Até agora conseguimos nos programar e realizar visitas domiciliares, e assim, conhecer a realidade das condições de vida das pessoas da área de abrangência: como se alimentam, onde é que moram, sendo essas condições muito importantes para conseguir entender a situação geral em que estão inseridas, e dessa forma consegui conhecer a população que frequenta a UBS.

Já em fase de conclusão do curso sinto que minhas expectativas foram cumpridas. Consegui conhecer os principais problemas de saúde da minha área de abrangência e pude contribuir para a melhoria nos atendimentos, principalmente em

relação aos exames clínicos e laboratoriais, assim como atuar sobre os fatores de risco que afetam os usuários com hipertensão e/ou diabetes. Sinto sinceramente que consegui cumprir de forma positiva a função da atenção primária em relação ao meu grupo de intervenção.

Os aprendizados que tive no curso me acompanharão ao longo da prática clínica. O meu atendimento na UBS precisa de um envolvimento além do consultório, precisamos mostrar aos usuários quem realmente somos, necessitamos mostrar carinho para com eles, para que se sintam confiantes e nos permitam “cuidar” deles. Comprovei que não adianta ter todos os recursos, se não existir equipe concentrada em fazer acontecer a intervenção, e sempre mantendo a disciplina na realização dos objetivos.

Referências

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolo de atendimento a Hipertensão Arterial Sistêmica na Atenção Primária de Saúde. Atendimento à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos. / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Porto Alegre, RS: 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção às doenças crônicas não transmissíveis. Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasil, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Caderno de Atenção Básica 7 – Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, Protocolo do Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. _Brasil 2001.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Protocolo de Hipertensão e Diabetes. Protocolo do Ministério da Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. _Brasil, 2013.

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

Prof^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
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

2013_08_15 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade] - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO Entrar

L14

Indicadores HAS e DM - Mês 1																
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HIPERTENSA?	O paciente está faltuoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertida ou da Farmácia	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em	O paciente realizou avaliação odontológica?	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																
15																
16																
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																
24																
25																
26																
27																
28																
29																
30																

Pronto

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

18:52 09/01/2015

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1				
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O p hip
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - 1 -
	1			
	2			
	3			

	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita de medicamentos?
	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	+				

	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa, o paciente com consultas em atraso?
	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	+				

	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?
	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

Mês 3 Mês 4 Indicadores

	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim

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
<p>Eu, _____,</p> <p>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.</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura do declarante</p>