

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial e
Diabetes Mellitus na Unidade Básica Saúde Itaara, Itaara/RS**

Clara Yoannis Lora Zamora

Pelotas, 2015

Clara Yoannis Lora Zamora

**Melhoria da Atenção à saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial e
Diabetes Mellitus na Unidade Básica Saúde Itaara, Itaara/RS**

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

Orientadora: Luzane Santana da Rocha

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

Z25m Zamora, Clara Yoannis Lora

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Unidade Básica Saúde Itaara, Itaara/RS / Clara Yoannis Lora Zamora; Luzane Santana da Rocha, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

82 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

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

O Deus que ilumina por meio do bem a minha família, meus amigos e todos aqueles que de uma forma ou de outra estão presentes em todos os momentos de minha vida, dando-me seu apoio.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a minha família por confiar em mim e a minha orientadora Luzane Santana da Rocha, pela sua preocupação constante em me ajudar.

Resumo

Zamora, Clara Yoannis Lora. **Melhoria da Atenção à saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Unidade Básica Saúde Itaara, Itaara/RS.**2015. 78f. 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.

Atualmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são as principais doenças crônicas não transmissíveis responsáveis por uma série de agravos e complicações como o Acidente Vascular Encefálico (AVE) e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM). O município de Itaara possui atualmente 5.010 habitantes, segundo estimativa do IBGE (2010). Está localizado a 295 km da Capital, Porto Alegre, e há 14 km de Santa Maria. Os principais problemas de saúde identificados pela equipe foram as doenças crônicas não transmissíveis como a HAS e Diabetes Mellitus. O presente trabalho teve como objetivo melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes da UBS Itaara. Após a Análise Situacional da atenção aos hipertensos e diabéticos na UBS verificou-se a necessidade de aumentar a cobertura, qualificar o atendimento e melhorar o registro das informações. A intervenção ocorreu ao longo dos meses de maio, junho e julho de 2015 e foram realizadas várias ações estruturadas dentro dos quatro eixos pedagógicos: Monitoramento e Avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica e utilizou indicadores para avaliar a evolução da mesma. Foram utilizados como referência os protocolos Cadernos da Atenção Básica do Ministério da Saúde e alguns instrumentos como as fichas espelho e as planilhas de coleta de dados. Durante as 12 semanas foi possível chegar a uma cobertura de atendimento de 415 (70,6%) para os com hipertensão e de 162 (53,8%) para com diabetes. A intervenção trouxe vários benefícios para o serviço, foi possível identificar as maiores dificuldades do território e as dúvidas dos usuários com relação à hipertensão e ao diabetes, houve uma melhora considerável nos registros que anteriormente não tinha, além disso, serviu para mostrar a importância do cadastramento dos usuários e do planejamento das atividades, após receber a capacitação sobre hipertensão e diabetes. Após o final da intervenção a ação programática foi incorporada à rotina da equipe mesmo tendo limitações de infraestrutura e uma grande demanda de usuários.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; doença crônica; diabetes mellitus; hipertensão arterial sistêmica.

Lista de Figuras

Figura 1	Entrada do Município Itaara.	11
Figura 2	Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, em Itaara (RS). Fonte: IBGE, 2010.	11
Figura 3	Divulgação da intervenção para os gestores.	40
Figura 4	Farmacêutica realizando o cadastramento dos HAS E DIA.	41
Figura 5	Procedimentos de enfermagem.	41
Figura 6	Capacitação da equipe.	42
Figura 7	Preenchimento de cadastro durante visita domiciliar.	42
Figura 8	Grupos de educação em saúde	43
Figura 9	Atendimento clínico em visita domiciliar	44
Figura 10	Visita domiciliar	45
Figura 11	Agente Comunitária de Saúde nas ações de coleta de dados da intervenção.	46
Figura 12	Membros da equipe Itaara.	47
Figura 13	Cobertura do programa de Atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	48
Figura 14	Cobertura do programa de Atenção ao diabético na unidade de saúde.	49
Figura 15	Proporção de hipertensos com exames clínicos em dia	50
Figura 16	Proporção de diabéticos com exames clínico em dia	51
Figura 17	Proporção de hipertensos com exames complementares em dia	52
Figura 18	Proporção de diabéticos com exames complementares em dia	53
Figura 19	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	54
Figura 20	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.	55
Figura 21	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	55
Figura 22	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	56
Figura 23	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.	57
Figura 24	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	58
Figura 25	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular	59
Figura 26	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular	59
Figura 27	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.	61

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PMM	Programa Mais Médicos
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSF	Programa de Saúde da Família
RAS	Relatório da Análise Situacional
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa	Erro! Indicador não definido.
2.2 Objetivos e metas	20
2.2.1 Objetivo geral	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas	22
2.3 Metodologia	23
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores	32
2.3.3 Logística	35
2.3.4 Cronograma.....	40
3 Relatório da Intervenção.....	41
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	41
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	47
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	47
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	48
4 Avaliação da intervenção.....	48
4.1 Resultados.....	48
4.2 Discussão	65
5 Relatório da intervenção para gestores	68
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	70
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	73
Referências	75
Anexos.	76

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão da especialização do curso em Saúde da Família, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo, com o objetivo melhorar a atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Unidade Básica Saúde de Itaara / Rio Grande do Sul. O trabalho está dividido em 5 capítulos: Análise Situacional, Análise Estratégica – Projeto de Intervenção, Relatório da Intervenção, Relatório dos Resultados da Intervenção e Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e implementação da intervenção. Na Unidade Análise Situacional, será apresentado o reconhecimento do território através da estrutura, processo de trabalho e ações programáticas que embasaram a Unidade 2 para fins de definição do foco e da ação programática a ser desenvolvida. Na Unidade 2 Análise Estratégica, será apresentada o projeto de intervenção. Na Unidade 3 Relatório da Intervenção será apresentado às ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as questões relacionadas à coleta de dados, sendo também abordada a incorporação do projeto à rotina do trabalho. Na Unidade 4 Relatório dos Resultados da Intervenção será apresentado os resultados alcançados, discussão e os relatórios aos gestores e comunidade. Na Unidade 5 Reflexão Crítica, apresenta-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A história de Itaara está intrinsecamente relacionada com a história indígena regional, a chegada dos colonizadores europeus (espanhóis e portugueses), as missões jesuíticas, a disputa por domínios de áreas, a exploração desses territórios e de tal povo. Os primeiros dados provêm do ano de 1634. Com a colonização portuguesa, primeiro fez parte de uma Sesmaria, denominação de terras criada pela própria Coroa Portuguesa. Posteriormente, tornou-se uma Freguesia (1882), logo em seguida então foi inaugurada a Linha Férrea de Santa Maria/Porto Alegre (1885). A ocupação de terras também teve imigrantes judeus, italianos, alemães, japoneses, entre outros. Em 1º de janeiro de 1997 foi instalado o município de Itaara, criado pela Lei Estadual nº 10.643 de 1995.

O município de Itaara possui atualmente 5.010 de habitantes, segundo estimativa do IBGE (2010). Com área territorial de 172,4 Km² e altitude média de 425 metros, Itaara está a 295 km da Capital, Porto Alegre, e a 14 km de Santa Maria. Itaara possui limites territoriais com três municípios: Júlio de Castilhos, Santa Maria e São Martinho da Serra. Há habitantes permanentes, que buscam uma melhor qualidade de vida e transitórios (na estação de verão o número triplica), que possuem recintos de lazer, casas de veraneio em balneários ou em condomínios fechados, usufruindo em finais de semana, feriados e férias. Por seu clima ameno em relação a outras cidades da região, prioritariamente no verão, muitos que não podem se dirigir ao litoral se desloca ao município para desfrutar de temperaturas um pouco mais baixas. As principais atividades econômicas do Município são a produção agropecuária e extrativismo mineral, exploração do basalto.



Figura 1: Entrada do Município Itaara.

Conforme se visualiza na pirâmide etária abaixo, a população caminha para um envelhecimento e diminuição da proporção de crianças em relação aos jovens e adultos, o que nos leva a pensar em uma maior esperança de vida e menor fecundidade.

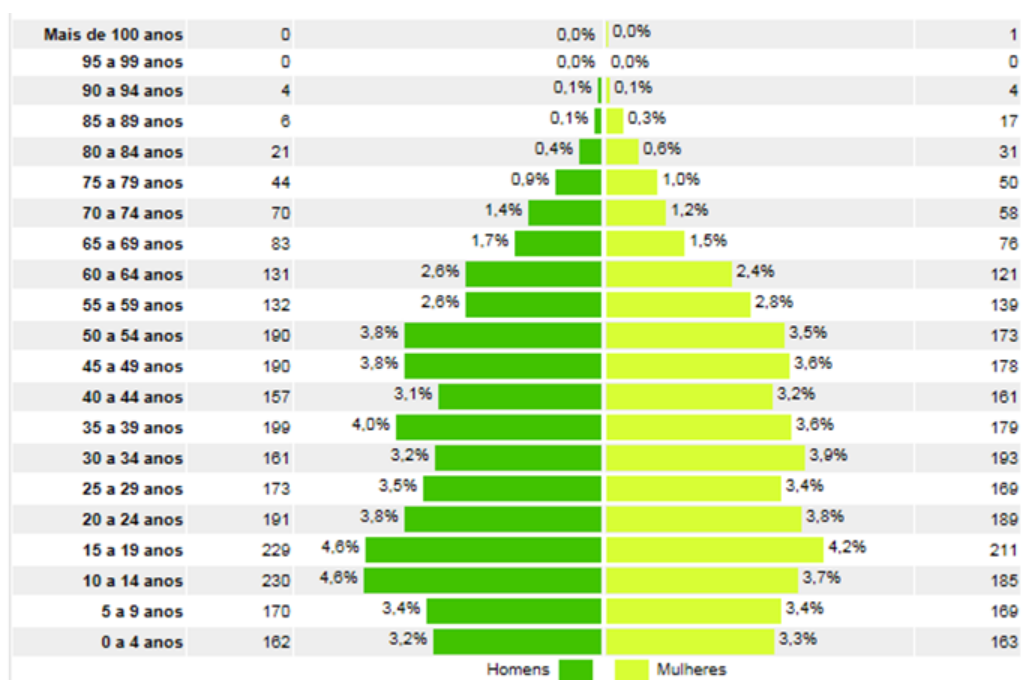


Figura 2: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade, em Itaara (RS). Fonte: IBGE, 2010.

A UBS Itaara presta ações de atenção básica à saúde, mas também tem serviços ambulatoriais de urgências e emergências. Contamos com dois enfermeiros, dois farmacêuticos, dois odontólogos, quatro ACS, dois recepcionistas, dois técnicos de enfermagem, cinco motoristas, um técnico administrativo, dois funcionários para serviços gerais e três agentes de vigilância em saúde. A unidade fica aberta das 8 horas da manhã até às 20 horas, todos os dias da semana.

Os serviços oferecidos são de consulta médica (clínico geral, pediatra e ginecologia), consulta odontológica e procedimentos, consulta de enfermagem, curativos, aplicações de medicamentos injetáveis em geral, administração de todas as vacinas do calendário do Ministério da Saúde, realização de Teste do Pezinho, agendamento e controle de triagem auditiva, coleta de exames preventivos de colo uterino, agendamento de mamografias, agendamento de cirurgias eletivas, atendimentos de urgência e emergências de diversos aspectos e encaminhamento à referência em casos graves, internação domiciliar, entre outros; a população atendida é em sua maioria urbana, proveniente dos bairros e vilas. Uma grande parte se compõe de famílias de baixa renda, com pouco nível cultural, econômico e de informação.

Ainda não funciona como Estratégia Saúde da Família além de não haver profissionais suficientes, atende uma população de aproximadamente 5.010 pessoas. Atende-se toda a demanda espontânea que se dirige até a unidade, inclusive aquele excedente, resolvendo o que não pode esperar e agendando o que não é agudo.

A maioria dos encaminhamentos para outros níveis, secundário e terciário de atenção é direcionada ao Hospital Universitário de Santa Maria RS, nossa principal referência. Alguns outros atendimentos como oftalmologista, cirurgias eletivas pequenas, contamos com o Consorcio Intermunicipal de Saúde.

Em se tratando de estruturação física, a unidade de saúde de Itaara possui uma história de surgimento a partir de uma antiga escola infantil, sendo assim uma unidade improvisada e não construída de forma planejada para atendimento na saúde, todas as salas têm ar condicionado pero não estão bem equipados.

Fazemos visitas domiciliares com objetivo de priorizar ações de promoção e recuperação da saúde dos indivíduos e das famílias, fundamentalmente idosos, acamados, pessoas com doenças crônicas, estabelecendo junto aos familiares um suporte mais adequado às necessidades específicas da pessoa doente, ajudando a

aliviar o sofrimento, prolongar a vida, evitar o reduzir danos, favorecer a criação de vínculos positivos e diminuir o isolamento e abandono, anteriormente era mais difícil realizar este tipo de visitas, pois eram meramente curativas.

Nossa UBS apesar de ser pequena é muito boa porque temos bom relacionamento com nossos colegas brasileiros aprendemos no dia-a-dia, melhorando a qualidade do atendimento à saúde das pessoas com muito carinho e dedicação de forma humanizada enriquecendo mais o conhecimento profissionalmente gerando mudanças na UBS apesar das dificuldades somos capazes de responder as suas necessidades. Também temos que trabalhar nos grupos de gestantes, idosos, adolescente entre outros promovendo melhor qualidade de vida.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O sistema de saúde de Itaara é formado por uma única unidade de saúde, chamada de Ambulatório Médico, e o CRAS (Centro de Referência de Assistência Social). Essa unidade de saúde tem características de UBS, com atenção básica à saúde, mas também presta serviços ambulatoriais e de urgências e emergências.

Contamos com dois enfermeiros, dois farmacêuticos, dois odontólogos, quatro ACS, dois recepcionistas, dois técnicos de enfermagem, cinco motoristas, um técnico administrativo, dois funcionários para serviços gerais e três agentes de vigilância em saúde. Já no Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) temos um assistente social, um psicólogo, um motorista e um digitador.

A unidade fica aberta das 8 horas da manhã até as 20 horas, todos os dias da semana. A Unidade Básica de Saúde de Itaara está vinculada com o Sistema Único de Saúde pela Prefeitura. Foi uma construção adaptada para ser UBS tradicional (Atenção à criança, mulher e adultos) faz aproximadamente 17 anos, onde não são desenvolvidas atividades de ensino e oferece atendimento na manhã e na tarde de segunda feira até o sábado e o domingo só se oferece serviço de ambulância.

Os serviços oferecidos são de consulta médica (clínico geral, pediatra e ginecologia), consulta odontológica e procedimentos, consulta de enfermagem, curativos, aplicações de medicamentos injetáveis em geral, administração de todas as vacinas do calendário do Ministério da Saúde, realização de Teste do Pezinho,

agendamento e controle de triagem auditiva, coleta de exames preventivos de colo uterino, agendamento de mamografias, agendamento de cirurgias eletivas, atendimentos de urgência e emergências de diversos aspectos e encaminhamento à referência em casos graves, internação domiciliar, entre outros.

Podem-se evidenciar características de formação da população do município, pelo cadastramento realizado para o programa SIAB (Sistema de Informações da Atenção Básica), que a população atendida é em sua maioria urbana, proveniente dos bairros e vilas. Uma grande parte dessas se compõe de famílias de baixa renda, com pouco nível cultural, econômico e de informação.

Realmente é muito difícil contar com atividades em equipe, além de não haver profissionais suficientes para que possamos desenvolver ações preventivas em conjunto, como palestras e visitação domiciliar com o médico. Constata-se a completa falta de atuação preventiva, de vínculo com entidades, associações e grupos, o que acaba restringindo nossas atividades enquanto unidade de saúde ao assistencialismo curativo imediato. Observo que em nossa UBS têm uma série de limitações e necessidades nas relações entre a equipe e a comunidade, e elas afetam diretamente a qualidade do atendimento integral. O vínculo da unidade e equipe de saúde com a população de Itaara é quase através de atendimento curativo e as consultas são meramente assistenciais e as ações de educação, muito poucas, a pesar que presta serviços de urgências e emergências. Acredito que a maior deficiência, então, é essa falta de promoção à saúde, de realização de grupos de educação em saúde. Isso está estritamente ligado com a falta de cadastramento adequado da população por seus variados segmentos (idosos, crianças, mulheres, gestantes, etc.), com a inexistência de formulários específicos de controle da saúde individual conforme esses grupos, com o distanciamento entre gestores – equipe de saúde – comunidades, com a falta de planejamento para o cuidado e avaliação do mesmo.

A única UBS do município atende uma população de aproximadamente 5.000 pessoas, sendo que não há ESF (Estratégia de Saúde da Família), não há NASF, nem Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Os atendimentos especializados ficam por conta de uma pediatra que atende 20 horas semanais e ainda um ginecologista que também trabalha 20 horas semanais. Atende-se toda a demanda espontânea que se dirige até a unidade, inclusive aquele excedente, resolvendo o que não pode esperar e agendando aquilo que não é agudo. Um fator

negativo é a falta de acolhimento formalizado aos usuários. O programa EACS sofre inadequações à proposta de concretização de um sistema da saúde preventiva. Apenas quatro agentes, não há profissional exclusivo para trabalhar com eles na promoção à saúde. Outra questão negativa é o fato de que os profissionais assistentes sociais e psicólogos estão alocados distantes da unidade, em outro estabelecimento. A sede do CRAS fica em local um tanto isolado da cidade, dificultando o vínculo com a UBS e acabando por desenvolver ações separadas, que muitas vezes não chegam até o conhecimento da equipe de saúde da UBS.

A maioria dos encaminhamentos para outros níveis, secundário e terciário de atenção, é direcionada ao Hospital Universitário de Santa Maria RS, nossa principal referência. Alguns outros atendimentos como oftalmologista, cirurgias eletivas pequenas, contamos com o Consorcio Intermunicipal de Saúde – órgão formado pelos secretários municipais de saúde de cada município e que organizam redes de atendimentos e repasses de verbas entre os municípios para atendimentos que não podem ser realizados na cidade de origem do paciente. Em relação aos exames, a secretaria de saúde disponibiliza todos os exames solicitados por nossos profissionais, inclusive exames mais especializados como eletrocardiograma (feitos na própria unidade), mamografias, tomografias e ressonâncias magnéticas. Esses três últimos através de convênios com laboratórios locais.

Em se tratando de estrutura física, a unidade de saúde de Itaara possui uma história de surgimento a partir de uma antiga escola infantil. As peças são relativamente de bom tamanho, porém, foram com o tempo adaptadas, sofrendo ampliações, recuos, mudança de portas e janelas, ente outras. Já foram realizadas duas construções anexadas ao prédio original. Sendo assim, foi uma unidade improvisada e não construída de forma planejada ao atendimento em saúde. Dentre pontos positivos, destaca-se o acesso das pessoas à unidade de saúde, pois a calçada é nivelada até a rua, há portas amplas, o piso não tem obstáculos e é nivelado também. Não há escadas, existem cadeiras próximas a entrada e adequadas à espera pelo atendimento. Existe cadeira de rodas e macas disponíveis para pessoas com dificuldade de deambulação ou locomoção, sendo que essas pessoas podem adentrar na unidade por uma porta mais ampla e acessível, a qual é o acesso de emergência que dá em um corredor mais amplo ainda (cerca de 3 metros de largura). O caminho até os consultórios e salas é sinalizado horizontalmente, as salas têm identificação nas portas, a sala de atendimento de

emergência tem uma porta de abertura ampla com sistema de corrediça. Há quatro macas disponíveis em três salas para que usuários possam ser atendidos com prioridade fiquem mais bem acomodadas até que o atendimento seja estabelecido. Todas as salas têm ar condicionado. Os consultórios possuem ventilação adequada, iluminação direta e indireta natural, o consultório ginecológico possui dois ambientes, um com maca comum e escrivaninha para consulta, e outro com maca ginecológica, aparelhos e banheiro exclusivo. A sala de vacinas é bem estruturada, informatizada, com geladeira própria para imunobiológicos, porém com um único acesso para entrada e saída. Ainda, não há nenhum tipo de corrimão nas entradas ou corredores, apenas no banheiro destinado aos cadeirantes. Um dos acessos dos funcionários é a cozinha, o que faz aumentar a circulação no local e traz muita sujeira, sendo que há um banheiro bem no meio e sem privacidade nenhuma. Outro acesso é pelos fundos da unidade de saúde, em uma sala que serve como lavanderia, guarda de materiais de limpeza. Ao lado da porta dessa sala que dá em um corredor está a sala de esterilização, ficando isolada de circulação, porém não há comunicação com a sala de lavagem. Existe uma pia de banheiro com torneira comum e autoclave em cima de uma mesa de ferro danificada. O consultório odontológico possui espaço restrito de apenas uma sala, tem uma autoclave improvisada em uma mesa, não existe RX, nem câmara escura e os dois odontólogos têm que dividir horários. As nebulizações são administradas na sala de emergência ou no corredor. Como o setor da odontologia possui só uma sala, não há atividade de escovação.

Antes de começar a abordar a questão pré-natal e puerpério, é necessário tocar no assunto adolescência e planejamento familiar, acredito que o principal problema desta questão está na gravidez não planejada na adolescência, muitas vezes por falta de orientação, a nula realização de atividades de promoção e prevenção de doenças transmitidas sexualmente, gravidez e preparar o casal para um bom planejamento familiar, também escolher o momento ideal do ponto de vista psicológico, biológico e social. Isso pode ser feito de diferentes maneiras, alta eficiência para os cuidados primários de saúde, tais como a incorporação de uma consulta com um grupo multidisciplinar técnica de planejamento familiar para casais, estabelecendo discussão, palestras educativas com adolescentes nas escolas e comunidade. A Atenção Pré-natal tem como objetivo garantir saúde da mãe e da criança; prevenir complicações na gestação; acompanhar o desenvolvimento do

bebê; identificar, tratar e controlar doenças; e muito importante reduzir o índice de morbidade e mortalidade da mãe e do feto. Atualmente em nossa UBS de Itaara temos um total de 35 gestantes com cobertura de 47% e 51 puérpera com cobertura de 85% segundo o CAP. Apesar de tudo existem aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal em nossa UBS, por exemplo: incentivar ao resto das gestantes que não participam de grupo para que se incorporem de maneira ativa, inserir outros profissionais de nossa UBS nas atividades de grupo com gestantes, estabelecer convenio o contrato para agilizar a realização das ultrassonografias a gestante que são muito demorados e em ocasiões tem que pagar para sua realização. Os profissionais de nossa equipe estão plenamente capacitados para oferecer uma atenção pré-natal e puerpério qualificada, já que utilizam os protocolos preconizados pelo Ministério de saúde de avaliação de risco gestacional, de atendimento pré-natal e para regular o acesso das gestantes a outros níveis do sistema de saúde. Além disso, em nossa UBS são desenvolvidas ações no cuidado das gestantes tais como: diagnóstico e tratamento, de saúde bucal, controle dos cânceres do colo de útero e de mama, imunizações, ações de promoção do aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, de atividade física e de intervenção em grupo com gestantes.

Quanto à saúde da criança, atualmente de acordo com o CAP temos 22 crianças menores de um ano com cobertura de 37% para atendimento de puericultura. A pediatra atende de segunda a sexta pela tarde, crianças de 0-13 anos, adicionando os atendimentos por problemas de saúde agudos, sem agendar a próxima consulta. Em algumas ocasiões a clínica geral, nós, encarregamos do excesso a demanda de atendimento por problemas de saúde agudos da criança.

O controle do câncer de Colo de Útero e de Mama é uma prioridade da política de saúde cujo objetivo é o fortalecimento, a integração e a resolutividade do Sistema Único de Saúde para reduzir a morbidade e mortalidade das doenças. Em minha UBS de acordo o livro de Registro do exame citopatológico para câncer de colo de útero o indicador de cobertura é de 97% com um total de 1333 mulheres entre 25 -64 anos de idade residentes na área e o indicador de qualidade é de 1%. As mulheres deveriam ser periodicamente convidadas a participar dos programas, via agente comunitário de saúde com apoio do resto dos profissionais de saúde.

Os principais problemas de saúde identificados por nossa equipe são as doenças crônicas não transmissíveis como a HAS, Diabetes Mellitus tipo dois, hiperlipidemia, também foram identificados outros problemas de saúde como dependência a psicofármacos, doenças musculoesqueléticas como a sacro-lombalgias e doenças respiratórias altas e parasitismo intestinal. O comportamento dos indicadores de usuários com HAS e DM; onde a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área é de 1120, acompanhados na UBS 588 com uma cobertura do Programa de 53%; diabéticos têm uma estimativa residentes na área de 320 e acompanhados na UBS 301 para uma cobertura do Programa de 94%. Apesar de não existir um arquivo específico para os registros dos atendimentos dos usuários com HAS e DM com a finalidade de verificar os faltosos ao retorno programado, além disso, registros de pessoas com hipertensão e diabetes, acho que para mudar esta conduta temos que agendar todas as consultas dos com doenças crônicas, tem que formar equipe de saúde e a ESF com os profissionais que precisem para melhorar a qualidade de atenção.

Pela falta de cadastramento adequado da população por seus variados segmentos (idosos, crianças, gestantes, entre outros) com a inexistência de formulários específicos de controle, falta de planejamento para o cuidado e avaliação do mesmo, e o preenchimento das informações no caderno de ações programáticas foi com grande dificuldade, porque só contou com os prontuários médicos para a informação e não temos um arquivo específico de cada um dos grupos priorizados. Graças a todo o trabalho desenvolvido nesta unidade de Análise Situacional podemos ter uma visão mais ampla do que no início, sobre a verdadeira situação de saúde do município, os problemas e necessidades de saúde, de recursos materiais, humanos, que apresentam nossa UBS, o qual nos permitiu traçar diferentes estratégias de trabalho com vista a solucioná-los.

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

Comparando com o primeiro texto em resposta à pergunta "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?", onde fizemos uma caracterização de nossa área de saúde, que foi superficial e os problemas identificados foram aqueles que eram à primeira vista, passados três meses de curso percebo que muitas coisas mudaram na unidade, os usuários já estão acostumados com o meu atendimento e a demanda

tem aumentado, devido ao pouco conhecimento que tínhamos da nossa área. Com a análise situacional, temos sido capazes de avaliar os pontos mais difíceis que temos no trabalho, foram identificadas deficiências que ficavam despercebidas e nos deu uma visão detalhada sobre os principais problemas que afetam nossa comunidade e as causas desses problemas.

2. Análise Estratégica

2.1. Justificativa

Atualmente, as Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) enquadram-se dentro de uma classe de doenças com maior prevalência no mundo moderno, destacam-se as doenças cardiovasculares e metabólicas (hipertensão, diabetes, dislipidemias, obesidade), acometendo a população mundial em todas as faixas etárias. O agravamento das DCNT relaciona-se com a crescente longevidade da população de países emergentes, associada a maus hábitos de vida, como o sedentarismo, tabagismo e a alimentação inadequada, as quais formam um conjunto de morbidades geralmente associadas entre si, constituindo-se em graves problemas de saúde pública BRASIL, 2006.

O município de Itaara possui atualmente aproximadamente 5010 habitantes, segundo estimativa do IBGE (2010) sendo que não há ESF. Tem uma estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de 1120 em total, e acompanhados na UBS 588, com uma cobertura do Programa de 53%; os diabéticos têm uma estimativa de residentes na área de 320 e acompanhados na UBS de 301 para uma cobertura do Programa de 94%. Frente a isto acredito que a maior deficiência é a falta de promoção à saúde, estritamente ligado com a falta de cadastramento adequado das pessoas hipertensas e diabéticas, e de planejamento para o cuidado e avaliação do mesmo, além de não haver profissionais suficientes para que possamos desenvolver ações preventivas em conjunto.

Outras limitantes ou dificuldades é a ausência de local com condições para realização das atividades preventivas e de promoção de saúde, a unidade de saúde de Itaara possui uma história de surgimento a partir de uma antiga escola infantil, apesar das reestruturações temos um espaço pequeno. Além disso, que não temos

nutricionistas, educadores físicos, e os usuários que querem abandonar hábitos como o tabagismo tem que comprar os medicamentos a altos preços. No caso do cadastramento de usuários hipertensos e diabéticos contamos com poucos agentes comunitários de saúde. Em uma área que comportaria 8 agentes temos apenas 4 agentes que não cobrem toda área de abrangência da UBS desta forma é difícil o cadastramento de toda área da UBS.

Para os usuários hipertensos e diabéticos, o controle metabólico rigoroso, associado a medidas preventivas e curativas relativamente simples, são capazes de prevenir ou retardar o aparecimento das complicações crônicas da Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, resultando em melhor qualidade de vida aos usuários. BRASIL, 2013.

O manejo do diabetes mellitus e da hipertensão arterial deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento. Neste contexto a equipe de Saúde da Família possui um papel fundamental neste processo, fazendo o levantamento epidemiológico e propondo medidas preventivas, de controle e tratamento melhorando também a atenção à saúde da população-alvo que é o que eu espero na resposta de minha intervenção melhorando os estilos de vida das pessoas deste grupo, através de promoção de saúde, modificando os conhecimentos errados de sua doença a uma forma positiva de vida.

O impacto dessas doenças na saúde pública pode ser minimizado com ações que promovam mudanças nos hábitos de vida, o que, por si só, justifica os estudos que procuram entender e qualificar as ações educativas promotoras dessas mudanças, constituindo um desafio para os profissionais de saúde a apropriação de estratégias educacionais que concretamente possam auxiliar as pessoas, para que, de uma forma autônoma e consciente, realizem escolhas que as conduzam a uma vida mais saudável e plena.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a Atenção à saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Unidade Básica Saúde de Itaara / Rio Grande do Sul.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

META: 1.1 Cadastrar 80% 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 100% 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

Realizaremos uma intervenção no período 12 semanas com o objetivo geral de melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes na Unidade Básica Saúde de Itaara/RS, avaliando o programa de controle de hipertensão e diabetes, utilizando conceitos, percepções, informações das pessoas (coleta de dados, observações, entrevistas, onde será avaliado o cadastro dos usuários hipertensos e com diabetes em relação ao seu acompanhamento pela UBS,

melhorando a qualidade de vida e a atenção das pessoas hipertensas e diabéticas, acontecendo várias ações estruturadas dentro de quatro eixos temáticos: Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica.

Serão utilizados como Protocolo os Cadernos da Atenção Básica do Ministério da Saúde nº37: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica e o Caderno da Atenção Básica nº36: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus ambos de 2013.

Serão realizadas atividades em grupos, entrevistas aos usuários com hipertensão e diabetes em ambientes, horários e condições que ofereçam conforto e segurança, além disso, com participação voluntária, registrando os dados que serão processados e analisados de forma eletrônica (em microcomputador), usando a planilha de coleta de dados e ficha espelho fornecida pelo Curso de especialização da UFPEL (planilha eletrônica) visualizando o cumprimento dos objetivos propostos no projeto em relação a ampliar a cobertura, melhorar a qualidade da atenção, adesão e registro das informações do programa dos hipertensos e diabéticos, realizando avaliação de risco para doença cardiovascular e promovendo saúde.

2.3.1 Detalhamento das ações

A intervenção é referente ao Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e será desenvolvida em doze semanas.

Pretendo acompanhar os usuários com hipertensão e diabetes que assistem aos grupos a receber os medicamentos em um ambiente propício incorporando os demais profissionais de saúde para fortalecer e desenvolver ações de promoção e prevenção de saúde. Garantir a solicitação dos exames complementares e tratamento nos casos alterados, melhorando a qualidade da atenção, adesão, além disso, mapeando os de risco para doença cardiovascular e assim ampliar a cobertura.

Os atendimentos clínicos serão realizados durante todas as semanas de intervenção pretendo aferir a pressão arterial das pessoas maiores de 18 anos de idade como controle, pelo menos, anualmente; realizar também glicemia capilares nas pessoas com antecedentes familiares de diabetes, orientando sobre os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças crônicas.

Cadastrar no programa da unidade as pessoas com hipertensão e diabetes solicitando carteirinha para retirar os medicamentos controlados na farmácia mensalmente, melhorando assim o registro de informações deste grupo populacional, organizar visitas domiciliares com ajuda dos agentes de saúde para buscar os faltosos e capacitando eles para uma boa intervenção.

A capacitação dos profissionais para o atendimento será de acordo com o protocolo estabelecido pelo Ministério de Saúde e acontecerá no horário utilizado para reunião de equipe.

Relativas ao objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

META: 1.1 Cadastrar o 80% 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 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

No eixo organização e gestão do serviço serão desenvolvidas as seguintes ações:

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa. Melhorar em 100% o acolhimento para os portadores de HAS e DM. Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Apresentar e discutir com os profissionais da UBS o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus, a ser realizado pelo médico.

No eixo Monitoramento e avaliação serão desenvolvidas as seguintes ações:

O monitoramento foi realizado através do controle da produção mensal dos atendimentos realizados pelo médico, agentes de saúde, enfermeira, ademais de monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa cada mês.

Detalhamento: O monitoramento será realizado através do controle da produção mensal dos atendimentos realizados pelo médico, agentes de saúde,

enfermeira, ademais de monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa cada mês.

No eixo engajamento público serão desenvolvidas as seguintes ações:

Realizar palestra educativa no posto com os usuários presentes e na comunidade. Informando a comunidade sobre a existência do programa de atenção a hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realizar orientação individual aos usuários durante consulta médica quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. A ser realizado pelo médico.

No eixo qualificação da prática clínica serão desenvolvidas as seguintes ações:

Serão realizadas capacitações aos profissionais da equipe de saúde e agentes comunitários de saúde sobre acolhimento e conhecimento sobre Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e como aferir a pressão arterial e hemoglicoteste na unidade de saúde. Estas capacitações serão realizadas pelo médico e enfermeira na primeira semana da intervenção na UBS.

**Objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção à hipertensos e diabéticos
Unidade Básica de Saúde Itaara.**

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.

No eixo organização e gestão do serviço serão desenvolvidas as seguintes ações:

Estabelecer prioridade para atualização dos profissionais com dispor de versão atualizada do protocolo em unidade de saúde, organizar atualização dos profissionais de acordo com os protocolos. Definir atribuições de cada membro de equipe no exame clínico dos usuários com hipertensão e diabetes cadastrados. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares assim como garantir a solicitação dos exames estabelecerem sistemas de alerta os exames preconizados. Manter um registro das necessidades de medicamentos dos cadastrados na unidade de saúde assim como realizar estoque de medicamentos. Organizar ações para avaliação de necessidade de atendimento odontológico dos com HAS e DM.

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso e diabético para todos a ser realizado pelo médico. Realizar cronograma de atualização de profissionais sobre HAS e DM a ser realizado pelo médico. Realizar reunião com os profissionais da UBS para apresentação do Caderno do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus. Realizar consulta médica e solicitar exames complementares conforme protocolo, a ser realizado pelo médico. Realizar reunião com os profissionais da UBS para decidir o responsável pelo estoque de medicamentos. A ser realizado pelo médico e enfermeira. Implantar planilha de entrada e saída de medicamentos na UBS a ser realizado pelo médico e pela enfermeira. Apresentar e discutir com os profissionais da UBS o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica. A ser realizado pelo médico.

No eixo Monitoramento e avaliação serão desenvolvidas as seguintes ações:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado. Monitorar o número de pessoas com hipertensão e diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo com protocolos e com a periodicidade recomendada, monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular. Monitorar os que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta da pessoa com hipertensão e diabetes para todos a ser realizado pelo médico.

No eixo engajamento público serão desenvolvidas as seguintes ações:

Orientamos a comunidade sobre a existência do programa na UBS. Orientamos quanto à necessidade de realização de exame complementar e a periodicidade com que devem ser realizados. Orientamos em quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Orientamos a importância de realizar avaliação de saúde bucal especialmente nos usuários foco da intervenção.

Detalhamento: Realizar orientação individual aos usuários durante consulta médica quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. A ser realizado pelo médico.

No eixo qualificação da prática clínica serão desenvolvidas as seguintes ações:

Capacitar a equipe em protocolo de atendimento em HAS e DM. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exame complementar. Realizar atualização do profissional no tratamento da HAS e DM. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular. Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Capacitar a equipe durante a reunião, a ser realizado pelo médico.

Objetivo 03: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

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

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

No eixo organização e gestão do serviço serão desenvolvidas as seguintes ações:

Organizar visitas domiciliares por agentes de saúde comunitários para buscar o faltoso às consultas. Organizar a agenda para acolher os usuários diabéticos e hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Realizar reunião de equipe para capacitação dos profissionais sobre os protocolos adotados pela unidade de saúde. A ser realizado pelo médico.

No eixo Monitoramento e avaliação serão desenvolvidas as seguintes ações:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de HAS e DM. Revisar cumprimento do previsto na intervenção em o processo de produção todos os meses.

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso e do diabético para todos a ser realizado pelo médico.

No eixo engajamento público serão desenvolvidas as seguintes ações:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de HAS e DM. Esclarecer a comunidade sobre a periodicidade preconizada para as consultas de HAS e DM.

Detalhamento: Realizar orientação individual aos usuários durante consulta médica quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. A ser indicado pelo médico.

No eixo qualificação da prática clínica serão desenvolvidas as seguintes ações:

Capacitar os ACS e equipe de saúde para a orientação das pessoas com hipertensão e diabetes e quando devem realizar as consultas e periodicidade.

Detalhamento: Capacitar a equipe durante a reunião. A ser realizado pelo médico.

Objetivo 04: melhorar o registro das informações das consultas de HAS e DM.

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.

No eixo organização e gestão do serviço serão desenvolvidas as seguintes ações:

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quando ao atraso em consultas, não realização de exame complementar, estratificação de risco, e não avaliação de comprometimento de órgãos alvos. Implementar a ficha de acompanhamento e ficha espelho. Pactuar com a equipe o registro e responsável pelo monitoramento. Manter as informações do SAIB atualizadas.

Detalhamento: O monitoramento será realizado através do controle da produção mensal dos atendimentos realizados pelo médico, agentes de saúde, enfermeira, além de monitorar o número de usuários cadastrados no programa cada mês e implementar a ficha de acompanhamento e ficha espelho.

No eixo Monitoramento e avaliação serão desenvolvidas as seguintes ações:

Monitorar a qualidade dos registros dos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso e do diabético para todos a ser realizado pelo médico.

No eixo engajamento público serão desenvolvidas as seguintes ações:

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

Detalhamento: Realizar orientação individual aos usuários durante consulta médica quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. A ser realizado pelo médico.

No eixo qualificação da prática clínica serão desenvolvidas as seguintes ações:

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

Objetivo 05: 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.

No eixo organização e gestão do serviço serão desenvolvidas as seguintes ações:

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

Detalhamento: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda. Realizado pelo médico e enfermeira.

No eixo Monitoramento e avaliação serão desenvolvidas as seguintes ações:

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

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso e do diabético para todos a ser realizado pelo médico.

No eixo engajamento público serão desenvolvidas as seguintes ações:

Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, peso, estilos de vida. Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular.

Detalhamento: Realizar consulta médica e orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, peso, estilos de vida. A ser realizado pelo médico.

No eixo qualificação da prática clínica serão desenvolvidas as seguintes ações:

Capacitar a equipe e ACS quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis de acordo com o protocolo de HAS e DM. Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. Capacitar a equipe para importância do registro desta avaliação.

Detalhamento: Realizar reunião com os profissionais da UBS para apresentar e discutir o Caderno do Ministério da Saúde – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica. A ser realizado pelo médico.

Objetivo 06: 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.

No eixo organização e gestão do serviço serão desenvolvidas as seguintes ações:

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável na unidade da saúde. Organizar e garantir com o gestor municipal práticas coletivas para orientação de atividades físicas. Envolver o dentista dentro do programa para manter boa higiene bucal em pessoas com diabetes e hipertensão.

Detalhamento: realização de palestras públicas pelo médico, ACS, equipe de enfermagem, dentista e equipe em geral.

No eixo Monitoramento e avaliação serão desenvolvidas as seguintes ações:

Monitorar a realização de orientação nutricional, realização de atividades físicas regular, orientação sobre os riscos de tabagismo, assim como orientação da higiene bucal em 100% de hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS.

Detalhamento: Implantar ficha-espelho na UBS e caderneta do hipertenso e do diabético para todos a ser realizado pelo médico.

No eixo engajamento público serão desenvolvidas as seguintes ações:

Orientar as pessoas com diabetes, hipertensão e seus familiares sobre a importância de uma alimentação saudável a importância sobre a prática de atividades física regular assim como orientar os usuários tabagistas a existência de tratamento para abandonar tabagismo. Orientar as pessoas com hipertensão, diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Realizar consulta médica e orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso adequado, controle de fatores de risco modificáveis como alimentação, peso, estilos de vida, importância sobre a prática de atividades física regular assim como orientar aos usuários tabagistas a existência de tratamento para abandonar tabagismo.

No eixo qualificação da prática clínica serão desenvolvidas as seguintes ações:

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde alimentação saudável, prática de atividades físicas regulares, para tratamento de usuários tabagistas e para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Capacitar a equipe durante a reunião. A ser realizado pelo médico.

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

META 1.1: Cadastrar 80% 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 100% 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/Hiperdia priorizada.

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador: 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 Hipertensão e Diabetes Mellitus será utilizado o Protocolo Técnico de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde, 2013, que temos vigente na Unidade de saúde nesse momento.

Utilizaremos os prontuários clínicos, as fichas espelho disponível do curso, além do cadastro que se está fazendo na Farmácia de nossa UBS pelo farmacêutico para ter maior controle dos que comparecem mensalmente para retirar medicamentos controlados, cadastro familiar realizado pelos agentes comunitários de saúde em suas visitas domiciliares. Assim, para poder coletar algumas informações dos indicadores necessários, o médico e o enfermeiro irão trabalhar para complementar e alcançar os objetivos propostos na intervenção.

Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro vai ser responsável pelo preenchimento de todos os dados. Será realizado contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho e cadernetas necessárias para o desenvolvimento da intervenção, um número de 900 modelos. Para o acompanhamento mensal (ao final de cada mês) da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Estimamos alcançar com nossa intervenção 80% do cadastramento e acompanhamento das pessoas com hipertensão e 100% dos com diabetes. Para

uma maior organização e registro específico do programa, que vai ser feito diariamente pelo farmacêutico, ao mesmo tempo trabalharemos na atualização de exames clínicos, laboratoriais, orientações dietéticas de tratamento entre outras, em todas as consultas e acompanhamentos realizados nas consultas.

Nas reuniões na UBS iremos capacitar os agentes de saúde a cada quinze dias sobre os temas hipertensão e diabetes para que possam intervir nas comunidades, falando com todos da equipe sobre os temas a revisar para os grupos onde participam a equipe de enfermagem, farmacêutico, clínico geral e agente de comunitário de saúde. Essas capacitações terão o intuito de alcançar um maior conhecimento e preparação pelos integrantes da equipe e assim melhorar a atenção da saúde da comunidade e oferecer um serviço de qualidade e multiprofissional.

Sobre o acolhimento dos hipertensos e diabéticos, pretendo aferir pressão arterial das pessoas maiores de 18 anos de idade como uma maneira de controle, pelo menos, anualmente; realizar também nas pessoas com antecedentes familiares de diabetes glicemia capilar, orientando sobre os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças crônicas.

Com intuito de sensibilizar a comunidade, iremos acompanhar a população alvo nos grupos, nas consultas diariamente em um ambiente propício incorporando os profissionais para fortalecer as ações de prevenção e promoção de saúde, uma vez por mês cada grupo, no horário correspondente à reunião de equipe fazendo perguntas de seu interesse, onde possa cumprir com meus objetivos proposto em minha intervenção, fazer palestras com as maiores dúvidas e modificar os conhecimentos que tem errados de sua doença assim como verificar tratamentos, dietas, etc. Garantir a solicitação dos exames complementares e tratar em caso que tenham algum valor alterado, logrando sensibilizar a comunidade e este mais identificado com nosso trabalho da UBS.

O monitoramento regular será através do cadastro no programa aos hipertensos e diabéticos que são assistidos pela Unidade, solicitando carteirinha para retirar os medicamentos controlados na farmácia mensalmente, assim como melhorar o acolhimento deste grupo populacional, organizar visitas domiciliares com ajuda dos agentes de saúde para buscar os faltosos e capacitando-os para uma boa intervenção.

2.3.3 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS (protocolo de Hipertensão e Diabetes)	X				X							
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática		X										
Cadastramento das pessoas com hipertensão e diabetes da área adstrita no programa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática solicitando apoio para um melhor cadastramento dos casos e para as demais estratégias que serão implementadas			X				X			X		
Atendimento clínico	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupo		X		X		X		X		X		X
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa dos faltosos			X				X			X		
Busca ativa dos usuários faltosos às consultas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da intervenção			X			X			X			X

3 Relatório da Intervenção

Tudo ocorreu conforme o cronograma da intervenção, apesar de algumas mudanças de atividades. Isso foi possível fundamentalmente com as visitas domiciliares junto aos agentes comunitários de saúde que colaboraram diariamente no trabalho da comunidade de Itaara. Uma das adaptações está relacionada ao espaço para realização das atividades dos grupos, distribuição de medicamentos dos hipertensos e diabéticos, incorporando os demais profissionais de saúde, fortalecendo as ações de promoção e prevenção de saúde. Além disso, uma das maiores dificuldades foi a falta de agentes de saúde para cobrir toda área de abrangência do município de Itaara, assim uma grande parte da comunidade não recebe visitas dos agentes.

Outro motivo foi que as maiorias dos usuários que obtém medicamentos da farmácia não consultam com os médicos da unidade de saúde, que vão com especialistas de Santa Maria, no entanto graças às atividades desenvolvidas no grupo onde foram incorporados, se modificou esta realidade, agora todos são avaliados pelo médico da unidade de saúde. Essas foram às principais dificuldades na realização das atividades do projeto.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Todas as atividades planejadas foram realizadas de acordo com o cronograma da intervenção. Entretanto no que se refere à meta proposta de aumentar a cobertura do programa dos hipertensos e diabéticos tivemos dificuldade de alcançá-la pelos obstáculos mencionados anteriormente, também por não haver um registro de cadastro da ação programática anterior, e por não ter nenhum trabalho de intervenção desta ação programática.



Figura 3: Divulgação da intervenção para os gestores.

Quando a intervenção foi iniciada a outra médica cubana estava de férias, com seu retorno aumentou-se os atendimentos clínicos e assim o número de usuários hipertensos e diabéticos atendidos. Houve a colaboração e esforço de todos os profissionais, e os agentes de papel no desenvolvimento das atividades no dia a dia, na realização de cadastros e na busca de casos novos, de faltosos, inserindo-os na rotina do serviço. Além disso, o trabalho dos farmacêuticos no cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos que assistem à unidade procurando os medicamentos mensais melhorou, assim como o registro de informações deste grupo populacional, ampliando sua cobertura. Pode-se dizer ainda, que na campanha de vacinação da gripe, onde uns dos grupos priorizados foram os hipertensos e diabéticos, aproveitamos para fazer o cadastro, exames físicos adequados, indicação dos exames laboratoriais, e orientamos a importância das consultas programadas, que são agendadas nas segundas e terças feiras de cada semana assim consideram uma facilidade a campanha de vacinação, por outro lado há um obstáculo no que se refere aos prontuários, na qual a unidade não possui prontuário eletrônico, devido à falta de equipamentos para todos os funcionários.



Figura 4: Farmacêutica realizando o cadastramento dos HAS E DIA.

Os atendimentos clínicos foram realizados durante todas as semanas da intervenção, verificando-se a pressão arterial das pessoas maiores de 18 anos de idade como uma maneira de controle, pelo menos, anualmente; realizando também em pessoas com antecedentes familiares de diabetes, glicemia capilar alterada, orientando sobre os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças crônicas, garantindo material adequado para verificação de sinais vitais, exames físicos e realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.



Figura 5: Procedimentos de enfermagem.

As metas propostas para melhorar a qualidade de atenção, obtiveram resultados favoráveis, já que além da capacitação realizada a toda equipe, estamos realizando o acolhimento dos usuários que procuram o serviço para atendimento clínico, ou seja, por demandas espontâneas ou consultas programadas e agendadas sem prejuízo para outros grupos populacionais.



Figura 6: Capacitação da equipe.

Além disso, contamos com o apoio dos profissionais da UBS que foram plenamente capacitados de acordo com o protocolo de atenção a hipertensos e diabéticos, através das ações tecnicamente competentes e ordenadas, realizando atendimento clínico de qualidade diariamente, revisando e solicitando exames laboratoriais quando necessário, com adequada anamnese e exames clínicos.



Figura 7: Preenchimento de cadastro durante visita domiciliar.

Nesse contexto foram desenvolvidas ações de promoção e prevenção durante todas as consultas, visitas domiciliares, nos encontros com os grupos, no contato com os representantes das comunidades e outros cenários comunitários. Com isso obteve-se uma melhora da adesão aos hipertensos e diabéticos, já que se tem elevado o nível de conhecimento e responsabilidade por parte dos usuários, e tem realizado busca ativa de 100% dos faltosos às consultas.



Figura 8: Grupos de educação em saúde

Em face disso, para melhorar o registro do programa dos usuários hipertensos e diabéticos criamos um local específico na recepção da UBS para armazenar as fichas de acompanhamento e espelho, bem como uma pessoa responsável pelo monitoramento e avaliação do programa e para a coleta de dados na planilha eletrônica. Esta atividade está se desenvolvendo com uma periodicidade conforme o cronograma e continuaremos até que seja atingida em 100% dos usuários com hipertensão e com diabetes que procuram o atendimento.

Acrescenta-se a uma das facilidades, as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários e os profissionais da saúde, garantindo as ações de promoção e prevenção, solicitando exames laboratoriais, prestando atendimentos aos usuários que não vão à Unidade por incapacidade física ou outras causas. Além disso, levamos a intervenção às suas casas, porque a visita domiciliar é um momento único no estabelecimento do cuidado aos usuários doentes ou não, junto com os familiares, que ajudam no cumprimento da medicina comunitária, já que as unidades de saúde são um serviço com maior grau de capilaridade tendo a possibilidade de se vincular, se responsabilizar e atuar na realização de ações coletivas.



Figura 9: Atendimento clínico em visita domiciliar

Pode-se dizer ainda, no que se refere a números que a cobertura do programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos não foi o resultado esperado. Acredita-se que a falta de tempo possa ter interferido, o que estava estimado para 16 semanas foi realizado em 12 semanas, pois devido a isso contribuiu para o não alcance da meta. Nesse contexto os números poderiam ser melhores, o resultado foi de uma cobertura de hipertensos de 70,6% e 53,8% de diabéticos, melhorando assim a proporção com exames clínicos, exames complementares, com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Acrescenta-se ainda o registro adequado na ficha de acompanhamento, estratificação de risco cardiovascular, não sendo assim no caso de atendimentos odontológicos, na qual as consultas somente são agendadas para gestantes e crianças. Este grupo é atendido por demanda espontânea, resultando em porcentagem baixa no caso de pessoas hipertensas em 35,9% e diabéticos 33,3% interferindo nas metas planejadas na intervenção. Sendo assim nas atividades de grupo não deixamos de falar da importância de assistência deste grupo às consultas com o dentista e orientamos o cuidado e higiene bucal, além da escovação supervisionada. Por isso observa-se que muitos idosos, fundamentalmente deste grupo, apresentam problemas odontológicos importantes.



Figura 10: visita domiciliar

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as atividades foram realizadas de acordo com o cronograma de ações da intervenção, apesar das dificuldades apresentadas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em algumas ocasiões, tivemos problemas com a coleta de dados devidos à falta de computador nas consultas dos profissionais, além disso, tivemos dificuldades no fechamento das planilhas de dados e cálculo dos indicadores que com o tempo foram resolvidas e sanadas as dificuldades.



Figura 11: Agente Comunitária de Saúde nas ações de coleta de dados da intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Nesse momento, a intervenção já se encontra totalmente inserida na rotina de funcionamento da UBS. Com isso poderemos realizar as ações que ficaram faltando, melhorando ainda a organização dos registros para ter todos os indicadores importantes relativos à ação programática.

Foi atendido um total de 452 usuários destes 415 hipertensos e 162 diabéticos. Os usuários ficaram satisfeitos com o atendimento, porém é bom destacar que o trabalho em equipe que sempre buscou atender os usuários frente às suas necessidades, propiciando condições para melhoria da qualidade de vida. Além disso, se tivesse adequadas condições nas consultas, haveria melhores indicadores, e seria possível estender a intervenção a outras ações programáticas, com equipes de trabalho consolidados e Estratégia de saúde da Família.

Nesse contexto pode-se dizer ainda que a relação com os usuários de forma geral tem sido muito interessante, porque dia a dia na interação com eles nós percebemos a realidade de cada um deles, que não só luta por melhorar seu

estilo de vida, evitar ficar doente, mas também por um equilíbrio entre o lado social e espiritual melhorando a qualidade de vida de sadios, doentes, em forma geral de todos, e por isso nós sentimos uma parte importante da vida de cada um deles.



Figura 12: Membros da equipe Itaara.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados:

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na área adstrita da UBS Itaara/RS. Ao longo da intervenção foram atendidos 452 usuários sendo 415 hipertensos e 162 diabéticos, com uma cobertura do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos na unidade de saúde de 70,6% e 53,8% respectivamente.

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

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

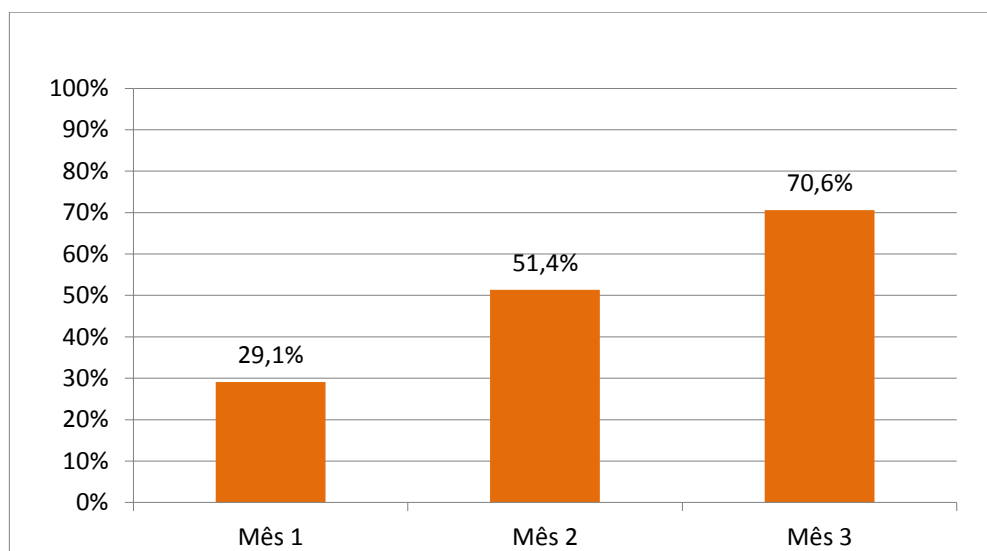


Figura 13. Proporção de Hipertensos cadastrados na UBS Itaara/RS. Fonte: Planilha de Coleta de Dados de Hipertensão e Diabetes. UNASUS/UFPEL.

Com uma estimativa do número de hipertensos residentes na área maior de 20 anos de 1120, acompanhados na UBS 588 e com uma cobertura do programa de 53%; que pretendíamos aumentar para 80% com a dificuldade de não ter registros na UBS representou ao final da intervenção um percentual de cobertura na área adstrita igual a 70.6%. (Figura 1).

No primeiro mês foram atendidos 171 hipertensos (29,1%), no segundo mês 302 (51,4%) e no terceiro mês 415 (70,6%).

A ação que mais auxiliou no aumento da cobertura foi o cadastramento dos hipertensos durante os atendimentos clínicos, registro dos usuários que retiram medicamentos na farmácia da unidade de saúde, as atividades de grupo e as visitas domiciliares em busca ativa do faltoso às consultas e casos novos. As identificações de pessoas com hipertensão estão sendo feita pela medida da pressão arterial em todos os indivíduos maiores de 18 anos de idade como uma maneira de controle, mais aqueles que entram no risco de doenças cardiovasculares.

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

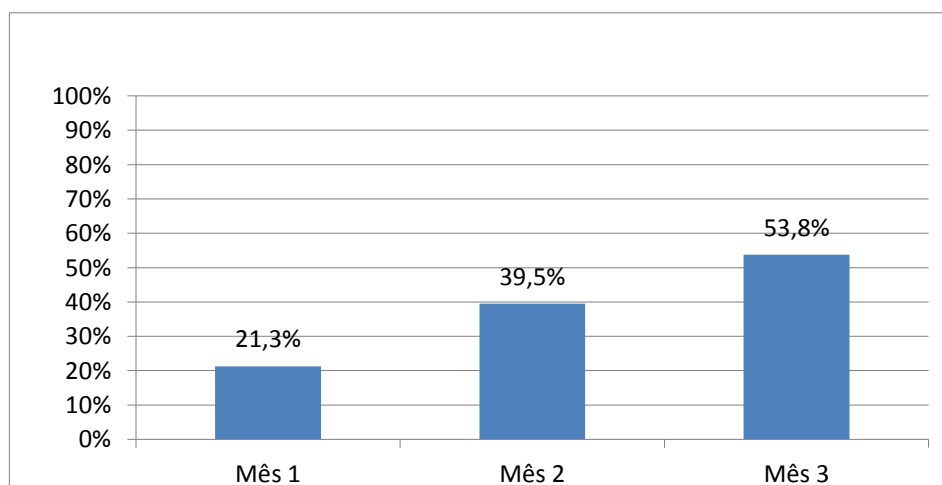


Figura 14: Proporção de Diabéticos cadastrados na UBS Itaara/RS. Fonte: Planilha de Coleta de Dados de Hipertensão e Diabetes. UNASUS/UFPEL.

Com uma estimativa de diabéticos residentes na área maior de 20 anos de 320 e acompanhados na UBS 301 para uma cobertura do programa de 94% e uma meta em minha intervenção de 100% só cumprimos com 53,8%, pela falta de registros específicos dos usuários desta ação programática, não obstante os

usuários que foram cadastrados receberam atendimento clínico de qualidade. (Figura 2)

No primeiro mês foram atendidos 64 diabéticos (21,3%), no segundo mês 119 (39,5%) e no terceiro mês 162 (53,8%).

Além disso, uma das maiores dificuldades foi a falta de agentes de saúde para cobrir toda área de abrangência do município, assim uma grande parte da comunidade não recebe visitas pelas agentes. A ação que mais auxiliou foi o cadastramento dos diabéticos durante os atendimentos clínicos, registro dos usuários que retiram medicamentos na farmácia da unidade de saúde, as atividades de grupo e as visitas domiciliares em busca ativa do faltoso às consultas e casos novos.

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

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

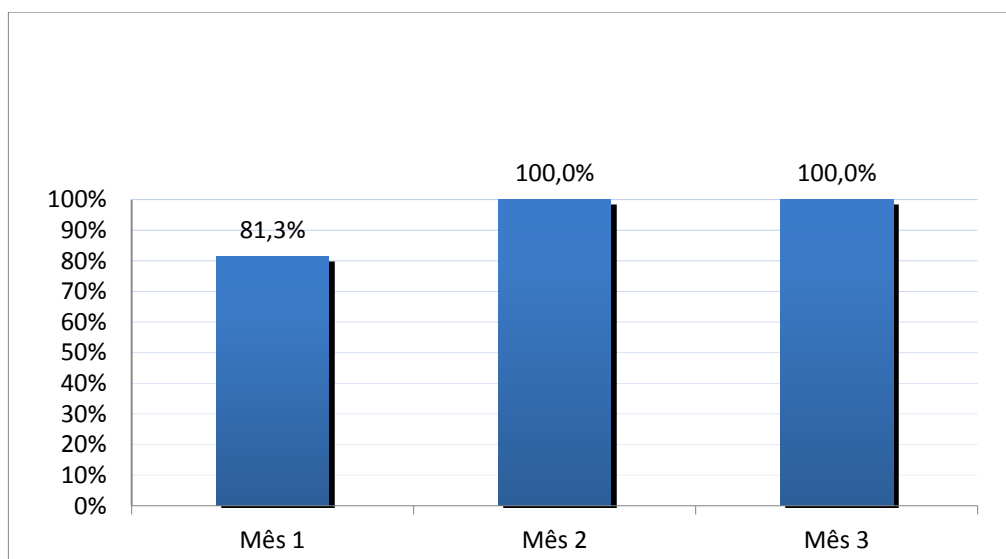


Figura 15: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha de Coleta de Dados de Hipertensão e Diabetes. UNASUS/UFPEL.

O exame físico é realizado por profissional treinado, com aparelhos em perfeito estado, em caso de confirmar diagnóstico HAS, detectar a causa, realizando avaliação clínica, estabelecendo a estratificação de risco e tomando conduta.

Nesta figura observamos que o exame físico atualizado segundo o protocolo no primeiro mês foi 139 (81,3%), no segundo mês 302 (100%) e no terceiro mês 415(100%), acho que a ação que auxiliou foi os usuários cadastrados pela farmácia da unidade e incorporados nos grupos de pessoas com hipertensão e com diabetes

que receberem atendimento clínico já que a maioria não comparecia regularmente e não havia registro.

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

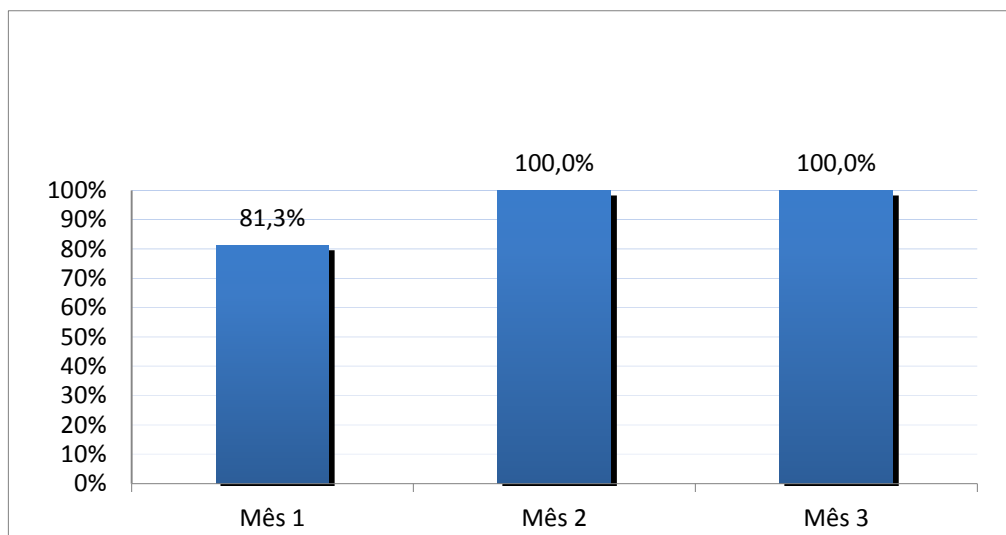


Figura 16: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha de Coleta de Dados de Hipertensão e Diabetes. UNASUS/UFPEL.

No primeiro mês foram 52 usuários diabéticos (81,3%) com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, no segundo mês 119 (100%) e no terceiro mês 162 (100%).

Examinando os usuários adequadamente, notamos que a diferença do primeiro mês onde tínhamos 81,3% dos usuários com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo, ao trabalhar e incorporar aos grupos os usuários cadastrados na farmácia a grande maioria não tinha prontuário clínico, porque são atendidos na cidade de Santa Maria com outros especialistas e portanto não têm um registro adequado, aumentando a proporção de usuários diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo para 100% no segundo e terceiro mês.

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

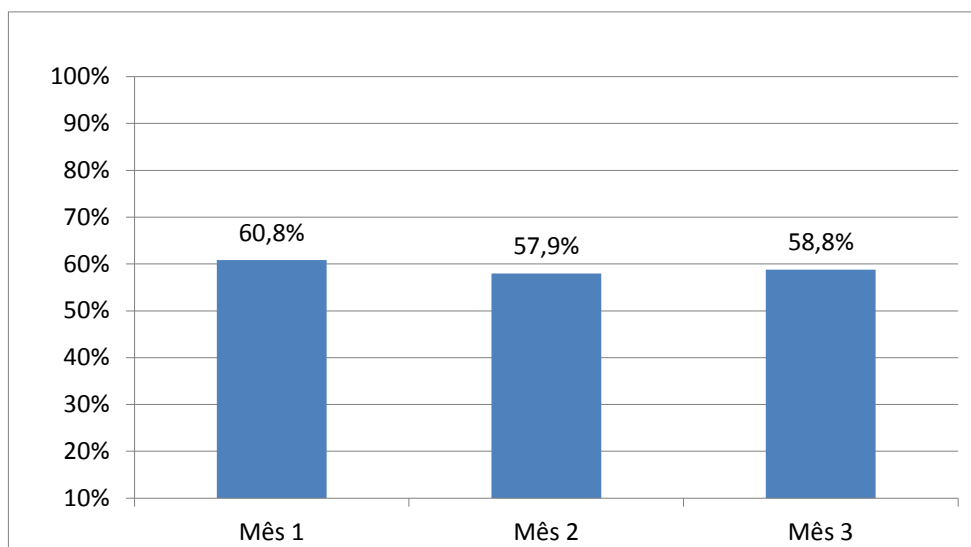


Figura 17: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha de Coleta de Dados de Hipertensão e Diabetes. UNASUS/UFPEL.

Todo portador de HAS, com exames complementares desatualizados foi solicitado exame qualitativo de urina, creatinina sérica, potássio sérico, glicemia de jejum, dosagem sérica de colesterol total, HDL, triglicérides e eletrocardiograma de repouso. Passamos por falta de papel para realização deste último ou aparelho danificado, e apesar de solicitar os exames complementares nas consultas, os usuários não voltavam com os resultados.

Resultando no primeiro mês 104 (60,8%), no segundo mês 175 (57,9%) e no terceiro mês 244 (58,8%) de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo o protocolo.

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

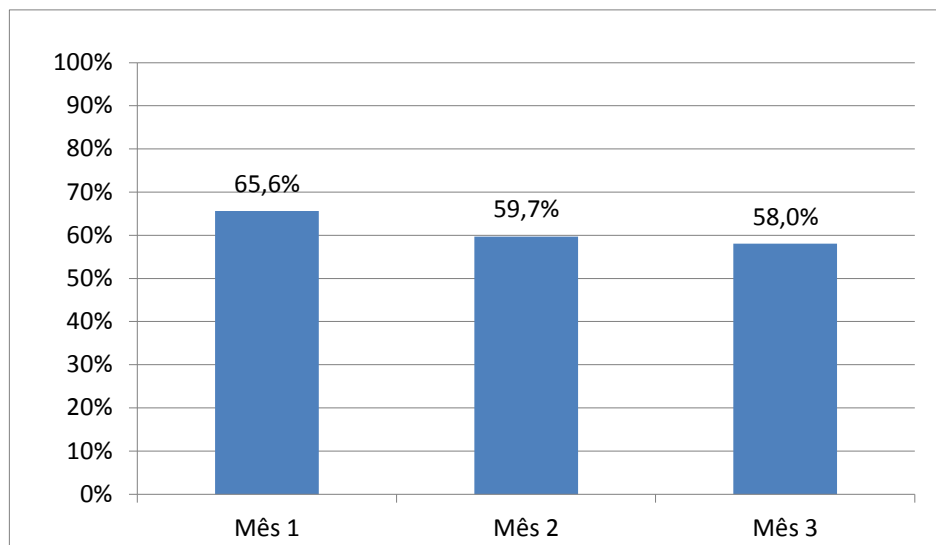


Figura 18: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Fonte: Planilha de Coleta de Dados de Hipertensão e Diabetes. UNASUS/UFPEL.

Apesar de ser indicada a dosagem da glicemia de jejum, colesterol total, HDL, creatinina sérica, hemoglobina glicosilada e o exame qualitativo de urina em pessoas diabéticas ou com sintomas característicos da doença e naquelas com alto risco de desenvolvê-las percebemos que segundo aumentava o cadastro propiciava mais pessoas com menos exames complementares feitos, forem realizados o testes aos 100% dos usuários e enquanto aos exames complementários indicados alguns voltavam com os resultados e outros não.

No primeiro mês tivemos 42 (65,6%) de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no segundo mês 71(59,7%) e no terceiro mês 94 (58,0%).

Desta maneira tivemos como recurso fazer teste HGT a todos os com diabetes, inclusive aqueles que compareceram às consultas de atendimento por demanda espontânea como uma maneira de controle objetivando alcançar controle metabólico aceitável da doença.

As requisições foram fornecidas para todos os indivíduos com 50 anos ou mais e para aqueles entre 30 e 49 anos de idade, portadores de um ou mais fatores de risco para DM 2.

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

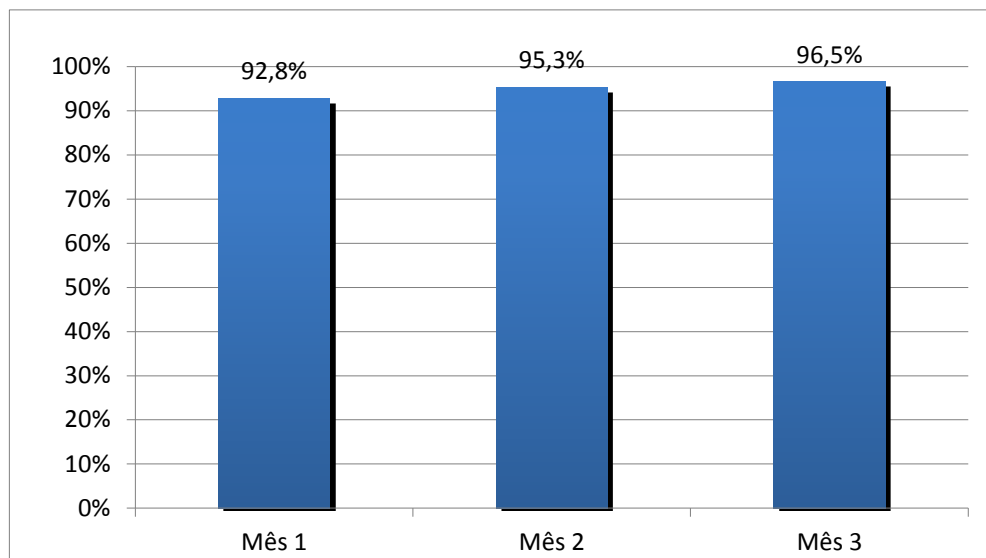


Figura 19: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada. Fonte: Planilha de Coleta de Dados de Hipertensão e Diabetes. UNASUS/UFPEL.

Neste caso tivemos pessoas com hipertensão com tratamento não medicamentosos que juntamente com ações de promoção e educação em saúde, fazem parte também da prevenção das doenças cardiovasculares, incluindo a própria HAS. No caso de tratamento medicamentoso prescrevemos os medicamentos presentes na farmácia popular fazendo com que fosse incrementando paulatinamente por mês o número de usuários com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ Hiperdia priorizada.

Resultando no primeiro mês 154 hipertensos (92,8%), no segundo mês 266 (95,3%) e no terceiro mês 363 (96,5%).

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

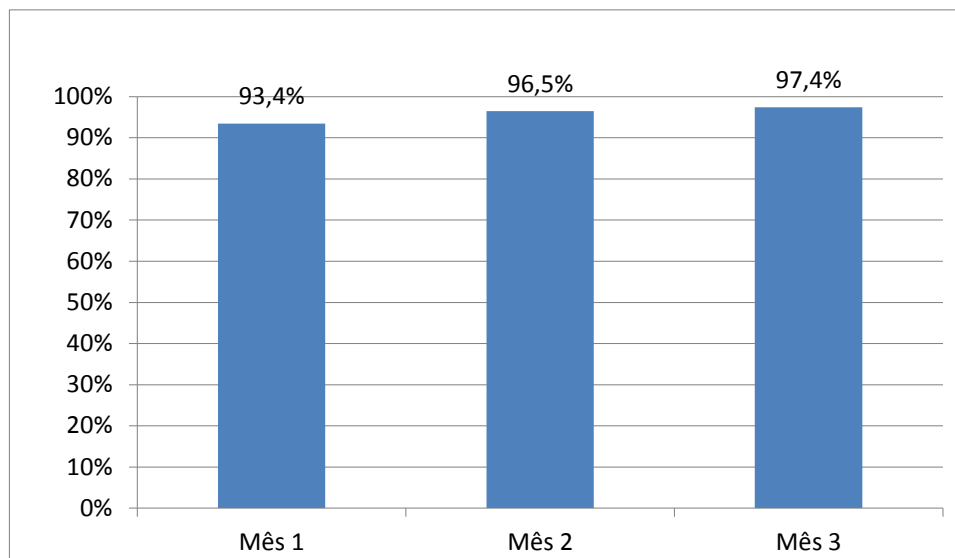


Figura 20: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Fonte: Planilha de Coleta de Dados de Hipertensão e Diabetes. UNASUS/UFPEL.

Graças à capacitação dos profissionais de saúde conseguimos identificar e tratar os diabéticos, através de ações tecnicamente competentes e ordenadas associadas à capacidade de acolhimento e vínculo, alcançando no primeiro mês 57 diabéticos (93,4%), no segundo mês 111 (96,5%) e no terceiro mês 150 (97,4%) dos usuários que utilizaram os medicamentos existentes na farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

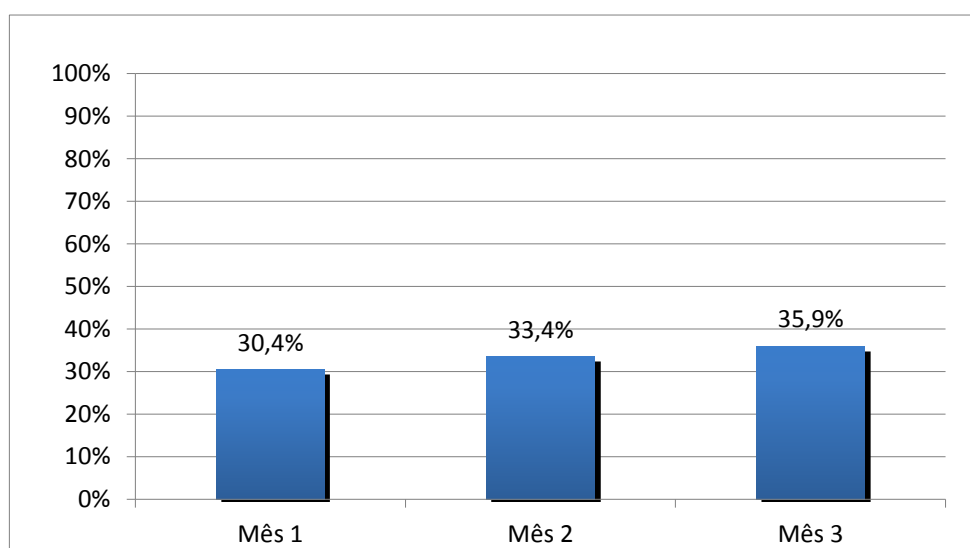


Figura 21: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Fonte: Planilha de Coleta de Dados de Hipertensão e Diabetes. UNASUS/UFPEL.

Destaco que para o atendimento odontológico as consultas somente são agendadas para as gestantes e crianças, já para o público alvo, se dá por demanda espontânea, e a responsabilidade da avaliação odontológica ficou com os odontologistas devido a que são dois e trabalham em horários diferentes, resultando em baixa porcentagem de pessoas com hipertensão e com diabéticos avaliadas e atendidas. No primeiro mês foram 52 usuários (30,4%), no segundo mês 101 (33,4%) e no terceiro mês 149(35,9%) pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

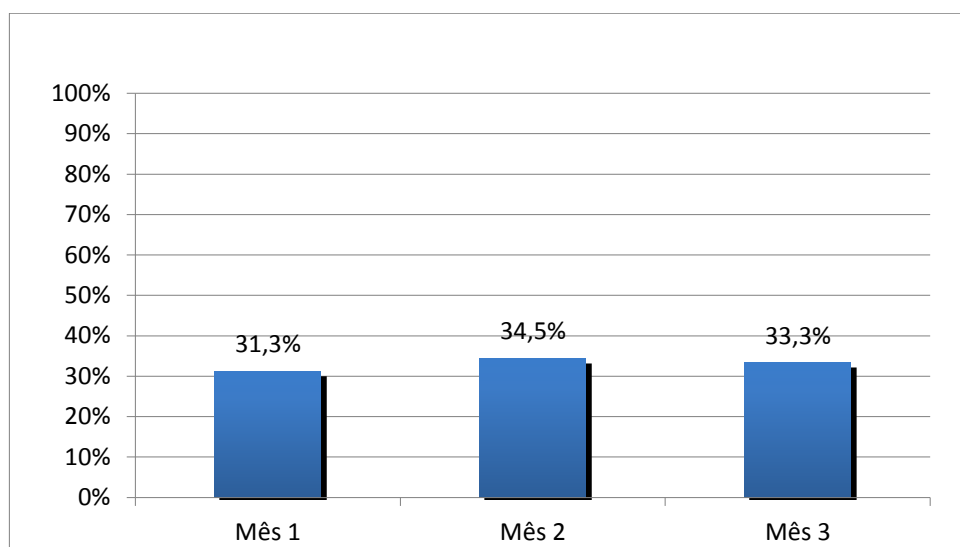


Figura 22: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Fonte: Planilha de Coleta de Dados de Hipertensão e Diabetes. UNASUS/UFPEL.

Da mesma forma que ocorreu no caso dos hipertensos a porcentagem foi bastante baixa, já que este grupo não é priorizado para assistência odontológica. No primeiro mês foram avaliados 20 diabéticos (31,3%), no segundo mês 41 (34,5%) e no terceiro mês 54 (33,3%).

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.

Para os usuários com HAS esta meta atingiu 100% nos 3 meses, graças ao trabalho feito pelos profissionais de saúde junto com os agentes comunitários de saúde, no dia a dia, na realização de cadastros e na busca de faltosos e casos novos inserindo-se na rotina do serviço. No primeiro mês foram atendidos 28 (100%) hipertensos faltosos às consultas com busca ativa, no segundo mês 47(100%) e no terceiro mês 73 (100%).

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

Pela mesma razão que falamos no caso anterior dos hipertensos para os usuários com Diabetes Mellitus esta meta atingiu 100% os 3 meses. No primeiro mês foram atendidos 10 (100%) diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, no segundo mês 18 (100%) e no terceiro mês 30 (100%).

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações:

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

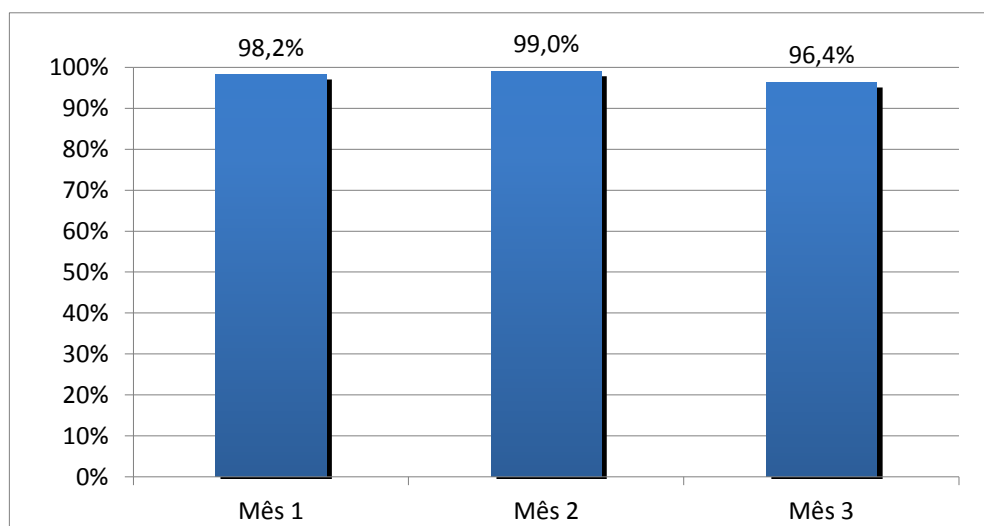


Figura 23: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados de Hipertensão e Diabetes. UNASUS/UFPEL.

Uma razão importante de que 100% dos usuários hipertensos não tinham ficha de acompanhamento é que as maiorias dos usuários que obtêm medicamentos da farmácia não realizam consultas com os médicos da unidade, assim incorporamos esse pessoal às atividades de grupo, como estratégia de ir

modificando esta realidade. Além disso, ainda não trabalhamos com prontuários eletrônicos, devido à falta de equipamentos para todos os funcionários.

No primeiro mês 168 usuários hipertensos (98,2%) tinham ficha de acompanhamento com registro adequado segundo o protocolo do Ministério de Saúde, no segundo mês 299 (99,0%) e no terceiro mês 400 (96,4%).

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

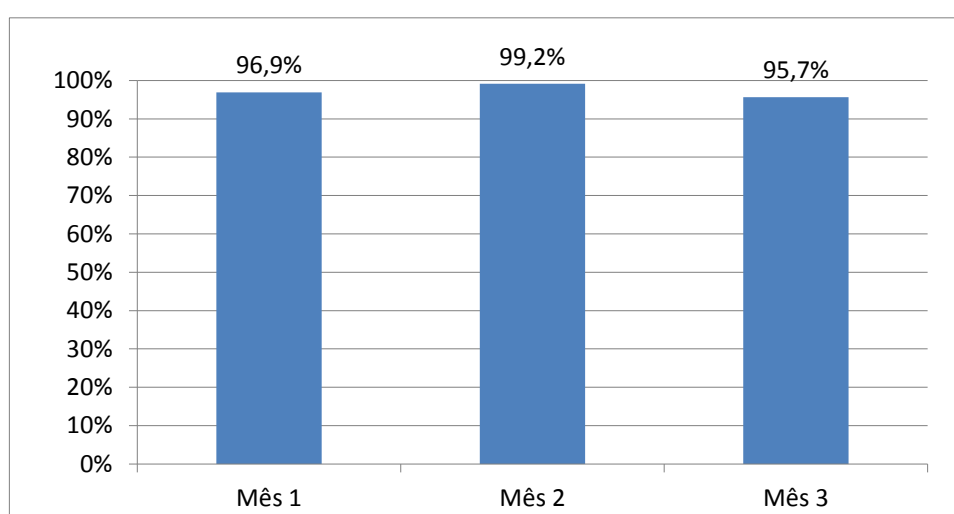


Figura 24: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
Fonte: Planilha de Coleta de Dados de Hipertensão e Diabetes. UNASUS/UFPEL.

Obtemos no primeiro mês 62 (96,9%), no segundo mês 118 (99,2%) e no terceiro mês 155 (95,7%) de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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.

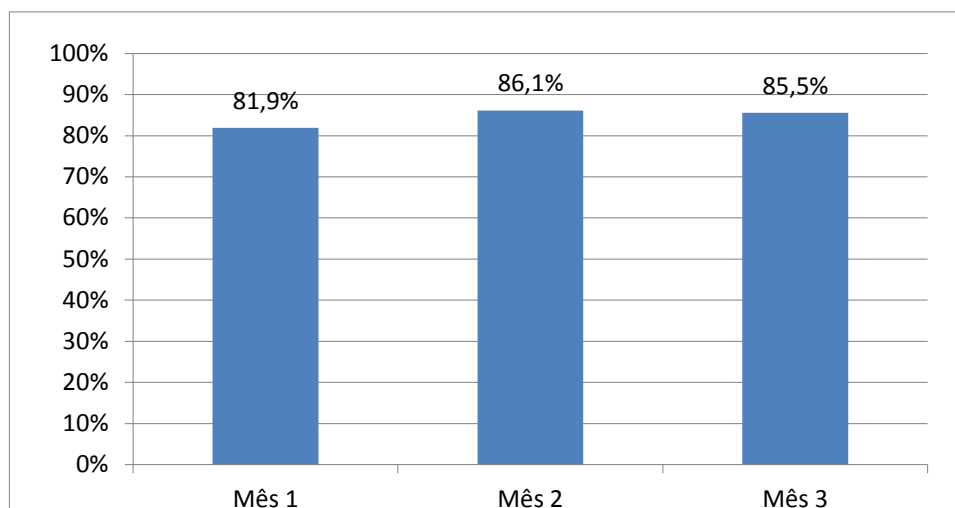


Figura 25: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Fonte: Planilha de Coleta de Dados de Hipertensão e Diabetes. UNASUS/UFPEL.

O protocolo preconiza que a maioria deve ser vista em um ou dois dias após o início da terapia para determinar os controles adequados da hipertensão e uma vez estabilizados deve-se realizar consultas com um intervalo de três a seis meses dependendo da condição clínica do usuário. O problema da variabilidade entre os meses tem a ver com a frequência em que os usuários tinham feito a estratificação do risco cardiovascular, mas 100% dos usuários foram examinados adequadamente, sendo cadastrados no registro. No primeiro mês os usuários com hipertensão atendidos com exame clínico e estratificação de risco cardiovascular atualizado segundo o protocolo foram 140 (81,9%), no segundo mês 260 (86,1) e no terceiro mês 355 (85,5%).

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

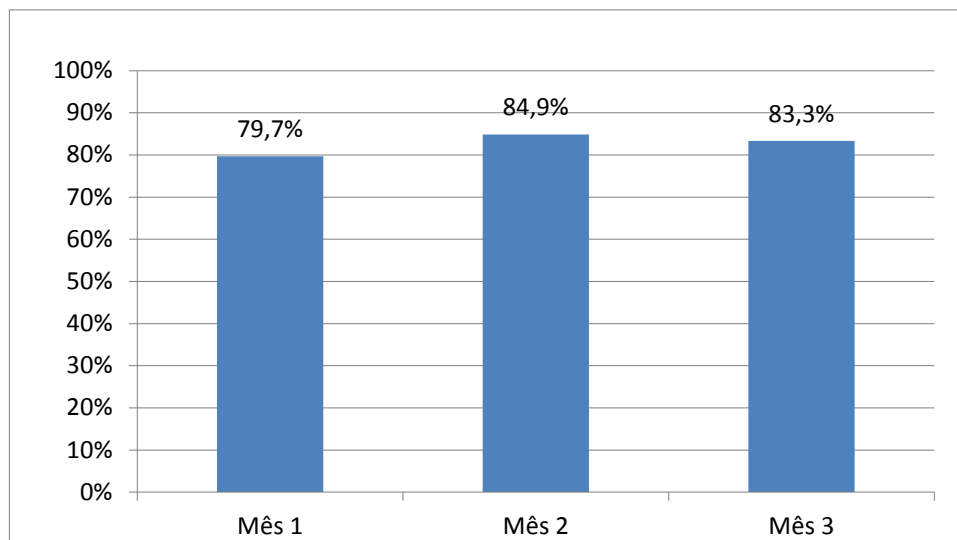


Figura 26: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Fonte: Planilha de Coleta de Dados de Hipertensão e Diabetes. UNASUS/UFPEL.

Neste caso dos usuários com diabetes procuramos atualizar o risco cardiovascular adequado a partir da segunda consulta depois do cadastramento com resultados complementários efetuados. No primeiro mês foram atendidos com estratificação de risco e exame clínico em dia segundo o protocolo 51 diabéticos (79,7%), no segundo mês 101 (84,9%) e no terceiro mês 135 (83,3%).

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos:

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

Trabalhamos esse aspecto nas consultas de atendimento, grupos, visitas domiciliares junto com os agentes de saúde comunitários, equipe de enfermagem e demais profissionais de saúde atingindo 100% nos 3 meses. No primeiro mês foram atendidos 171 hipertensos (100%), no segundo mês 302 (100%) e no terceiro mês 415 (100%).

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

Para os usuários diabéticos atingimos 100% nos 3 meses graças, como falamos anteriormente, às atividades de grupo, atendimentos clínicos, palestras e visitas domiciliares. No primeiro mês foram atendidos 64 diabéticos (100%), no segundo mês 119 (100%) e no terceiro mês 162 (100%).

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

Neste caso falamos sobre a importância de realizar exercícios físicos regularmente de três a quatro vezes por semana, caminhadas, corridas, natação, ciclismo, entre outras atividades, no primeiro mês foram atendidos 171 hipertensos (100%), no segundo mês 302 (100%) e no terceiro mês 415 (100%).

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

Incentivamos aos 100% dos usuários diabéticos e com risco a realizar atividades físicas, que tem um importante efeito positivo na sensibilidade à insulina, e peso corporal estimulando a população quanto à necessidade de mudança de hábitos de vida, através de palestras, visitas domiciliares, consultas de atendimentos, reduzindo fatores de risco cardiovasculares, melhorando a qualidade de vida e o bem-estar psicológico e diminuindo estresse. No primeiro mês foram atendidos 64 diabéticos (100%), no segundo mês 119 (100%) e no terceiro mês 162 (100%).

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

Garantimos que no primeiro mês 171 hipertensos cadastrados (100%) recebessem orientação sobre os riscos de tabagismo, no segundo mês 302 (100%) e no terceiro mês 415 (100%).

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

Para os usuários diabéticos esta meta atingiu 100% os 3 meses. No primeiro mês foram atendidos 64 diabéticos (100%), no segundo mês 119 (100%) e no terceiro mês 162 (100%).

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

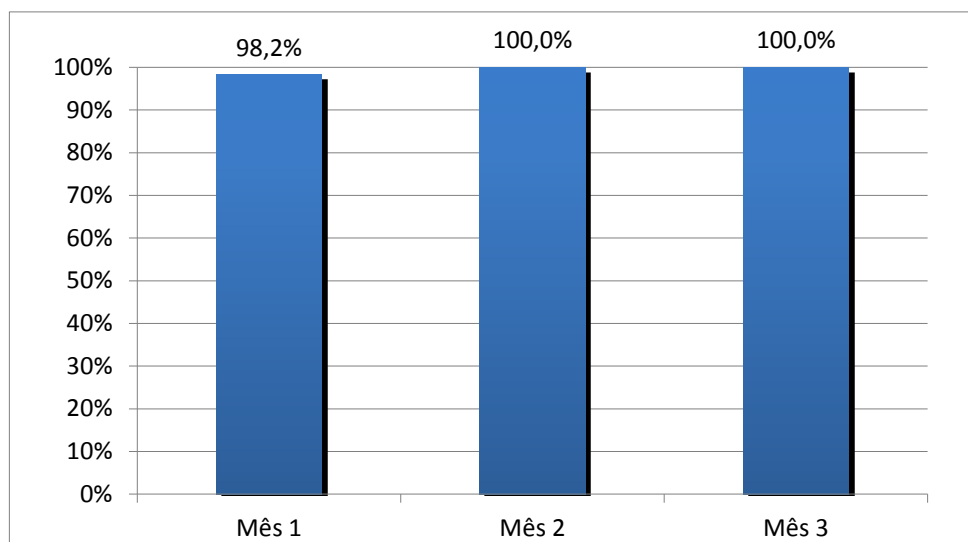


Figura 27: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.
 Fonte: Planilha de Coleta de Dados de Hipertensão e Diabetes. UNASUS/UFPEL.

Independentemente dos resultados dos atendimentos odontológicos deste grupo de usuários, nas palestras, atividades educativas não deixamos de falar da importância de assistência às consultas com o dentista e orientamos o cuidado e higiene bucal, além da escovação supervisionada, tendo como resultado que no primeiro mês receberam orientação sobre higiene bucal 168 hipertensos (98,2%), no segundo mês 302 (100%) e no terceiro mês 415 (100%).

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

Para os usuários com diabetes esta meta atingiu 100% os 3 meses. No primeiro mês foram atendidos 64 diabéticos (100%), no segundo mês 119 (100%) e no terceiro mês 162 (100%).

Acredita-se que os usuários ficaram satisfeitos com o atendimento pela forma que elas se manifestam, porém é bom destacar que o trabalho em equipe busca sempre o máximo dos usuários frente a suas necessidades, propiciando condições para melhoria da qualidade de vida da pessoa doente. Além disso, se tivesse adequadas condições nas consultas, haveria melhores indicadores, fazendo extensa esta intervenção a outras ações programáticas, com equipes de trabalho consolidados na Estratégia de Saúde da Família.

4.2 Discussão

A partir da realização da intervenção com foco na melhoria da Atenção à saúde das pessoas com hipertensão e diabetes na UBS de Itaara, observamos melhorias no atendimento clínico, na maneira de arquivar as fichas, nos prontuários, na qualidade dos registros médicos e da equipe de enfermagem além de uma maior agilidade na solicitação e resultado dos exames complementares, além disso, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos.

Para que o trabalho fosse possível, foi necessário o esforço conjunto de toda a equipe de trabalho, composta atualmente por 3 médicos clínico geral, 2 cirurgiões-dentistas, 2 enfermeiros, 3 técnicos de enfermagem, 4 agentes comunitários de saúde, além de 2 recepcionistas e 2 farmacêuticos.

Inicialmente a equipe mostrava-se bastante apreensiva, temendo que fosse gerar trabalho extra com a inclusão da Intervenção na rotina, mas essa expectativa foi corrigida através da correta programação e divisão das tarefas entre os membros, de modo a não sobrecarregar nenhuma das partes.

À enfermeira, coube em um primeiro momento providenciar junto à gestão a aquisição e impressão dos materiais necessários (fichas-espelho, folders, tensiômetros, estesiômetros, entre outros). Após essa primeira tarefa, a mesma ficou responsável pelo controle do fluxo de medicações na farmácia do município, acompanhando de perto a distribuição de medicamentos junto com os funcionários da farmácia e prevenindo adequadamente que os mesmos faltassem.

As agentes de saúde durante esses três meses convidaram os usuários hipertensos e diabéticos para as consultas de revisão que foram orientados para que trouxessem toda a medicação em uso, bem como os últimos exames de laboratório. Os usuários também foram orientados a usarem roupas folgadas para facilitar o exame físico realizado pelo médico.

As recepcionistas foram responsáveis pela marcação, nas agendas dos médicos, das consultas requeridas pelas agentes de saúde aos usuários alvo da Intervenção que fizeram pessoalmente por elas o pelo telefone. Não houve dificuldades, segundo as mesmas, por estarmos com três médicos na equipe e a demanda espontânea do município permitir a execução de ações programáticas.

A intervenção 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. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem e da recepção.

Antes da intervenção as atividades de atenção à Hipertensão e Diabetes eram concentradas na médica. Com a intervenção foi possível melhorar o registro e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos, além disso, a classificação de risco dos hipertensos e diabéticos foi muito importante para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. Quanto à parte clínica, demos ênfase na realização do exame dos pés (somente dos diabéticos) e na estratificação de risco cardiovascular (para ambos os grupos), pois não eram medidas realizadas rotineiramente do serviço.

O impacto da intervenção foi muito importante pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura e continuamos trabalhando, para ampliar esta meta. Agora no fim da intervenção, percebo que a equipe está integrada, porém, como está incorporada à intervenção à rotina do serviço teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas. A reestruturação do atendimento aos hipertensos e diabéticos teve um impacto positivo no dia-a-dia do serviço, pois mostrou que a Unidade de Saúde é capaz de atender, além da demanda espontânea, usuários programados para qualquer ação em saúde que faça necessária. Toda a comunidade (e não somente os HAS/DM) foi convidada para participar dos grupos de educação em saúde, pois esperamos transformá-los também em replicadores do conhecimento dentro de seus círculos sociais.

Caso eu fosse iniciar a intervenção hoje, utilizaria a estratégia desde a análise situacional de discutir as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Procuraria melhorar as condições estruturais do local de armazenamento das fichas de acompanhamento/espelho dos usuários hipertensos e diabéticos e nas atividades em grupo, melhoraria a participação dos médicos para um adequado acompanhamento dos usuários, já que foi muito positiva, além disso, incorporaria um nutricionista e educador físico para apoiar no acompanhamento.

A intervenção já está incorporada à rotina do serviço, irá ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

Todos da equipe ficaram positivamente surpresos com a facilidade que tivemos, tanto com a gestão como com os próprios usuários em programar ações que, até pouco tempo atrás, seriam consideradas complexas demais para ser incorporadas à rotina da equipe. Já estamos trabalhando na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos e tomando este projeto como exemplo para futuras intervenções.

5 Relatório da intervenção para gestores

À Secretaria Municipal de Saúde,

Eu Clara Yoannis Lora Zamora realizei a intervenção que se tratou da melhoria da atenção à saúde das pessoas com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na área adstrita da UBS Itaara/RS. Ao longo da intervenção foram atendidos 452 usuários sendo 415 hipertensos e 162 diabéticos, com uma cobertura do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos na unidade de saúde de 70,6% e 53,8% respectivamente. Nossa Intervenção foi estruturada para ser desenvolvida no período de 12 semanas e foi embasada em uma análise situacional realizada para identificar as fragilidades no serviço e na atenção à população. Esta intervenção foi alicerçada em quatro eixos, avaliação e monitoramento, engajamento público, organização e gestão do serviço e qualificação da prática clínica.

A partir da implantação da Intervenção foi possível observar as melhorias trazidas pelo projeto. Dentre as ações previstas na intervenção que foram desenvolvidas estão à capacitação realizada para toda a equipe, o acolhimento com qualidade a todos os usuários que procuram o serviço, além de priorizar o atendimento clínico. As demandas espontâneas e consultas programadas foram realizadas sem prejuízo para outros grupos populacionais. Os atendimentos clínicos dos usuários foram realizados de acordo com o protocolo preconizado pelo MS, indicando exames laboratoriais a todos os usuários hipertensos e diabéticos que assistem às consultas. Também realizamos busca ativa de casos novos, bem como, de casos faltosos, graças ao papel importante que desenvolvem os ACS no dia a dia, ainda realizei orientações para 100% dos usuários atendidos com relação à

importância de diversos cuidados como alimentação saudável, riscos do tabagismo, importância da higiene bucal e prática de exercícios físicos freqüentes, entre outros, como forma para evitar complicações e agravos, na unidade no que se trata de gestão do serviço e o processo de trabalho implantamos ficha espelho para o monitoramento dos usuários. A UBS Itaara tem condições para que todas as ações prioritárias sejam melhoradas. Os resultados favoráveis obtidos durante a intervenção são a prova disso, só devemos adequar e melhorar alguns aspectos como, por exemplo: garantir e manter a capacitação de toda equipe de forma sistemática e contínua, redefinir a pessoa responsável pelo monitoramento e avaliação do programa de forma permanente, melhorar as condições estruturais do local de armazenamento das fichas de acompanhamento/espelho dos usuários hipertensos e diabéticos.

A intervenção trouxe vários benefícios para o serviço. Foi possível ainda, identificar as maiores dificuldades do território e as dúvidas dos usuários com relação à hipertensão e diabetes, houve uma melhora considerável nos registros, além disso, serviu para mostrar a importância do cadastramento dos usuários e do planejamento das atividades, após receber a capacitação sobre hipertensão e diabetes.

Durante as 12 semanas tivemos poucas dificuldades, como, a falta de um educador físico para UBS, computadores para digitalizar os dados necessários para um melhor cadastramento, prontuários eletrônicos na UBS, acho que se os gestores aprimorarem estes itens a cobertura e a qualidade do atendimento poderiam ser muito maiores.

O Programa de Atenção a hipertensos e diabéticos já está plenamente incorporado à rotina da equipe, de modo que cada membro sabe suas funções e executa-as normalmente. De maneira geral, o prognóstico da Intervenção é muito bom, pois temos vontade da equipe em fazer o mesmo funcionar de maneira contínua em nosso serviço. Ficamos muito felizes com os resultados obtidos e esperamos, ao longo dos próximos meses, aumentarem a cobertura para chegar o mais próximo possível de 100%, incluindo tanto usuários que realizam seu acompanhamento exclusivamente no SUS quanto àquele que consultam com médicos na rede particular.

Como sugestão relatou que a implantação de uma Estratégia de Saúde com os princípios básicos da Atenção Primária ou de primeira ordem para o paciente ajudaria na integralidade de nossas ações na unidade.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Querida Comunidade,

Eu Clara Yoannis Lora Zamora realizei uma intervenção durante 12 semanas na Unidade de Saúde Itaara, passando por um período de renovação no atendimento às pessoas que possuem hipertensão e diabetes. Neste período foi realizada uma intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos da unidade de saúde. A opção por trabalhar com os hipertensos e diabéticos foi devido a uma análise realizada em nossa unidade e como resultado chegamos à conclusão que se fazia necessário um planejamento de ações nesta área. Antes da intervenção, o atendimento era realizado exclusivamente a demanda dos usuários, sem realizar qualquer tipo de busca ativa para promoção da saúde, motivo pelo qual a cobertura era muito baixa, tanto para usuários hipertensos como para diabéticos. A partir da implantação do Programa de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos foi possível observar as melhorias trazidas pela intervenção, por exemplo: aumento da cobertura de hipertensos e diabéticos, qualidade dos registros médicos e da equipe de enfermagem e maior agilidade no pedido e resultado dos exames complementares. Foram desenvolvidas várias atividades que beneficiaram o serviço, como a formação contínua de toda a equipe durante e após a intervenção, a incorporação da ficha espelho para os registros dos usuários, além do prontuário, ficou melhor a organização dos atendimentos, não só de cuidados urgentes, mas também de visitas domiciliares a usuários deficientes e acamados organizados regularmente, que estão programadas na unidade no que se trata de gestão do serviço e o processo de trabalho.

Os profissionais também foram beneficiados, pois houve capacitação da equipe, que os tornaram mais preparados para atender os usuários hipertensos e

diabéticos, além disso, serviu para mostrar a importância do cadastramento dos usuários e do planejamento das atividades. A comunidade foi a mais beneficiada, pois além de ter um serviço mais organizado e qualificado, pode contar com as consultas agendadas de forma rotineira, os grupos de educação popular em saúde, em que os profissionais passam orientações para a comunidade e assim estes aumentam a consciência em relação à necessidade de cuidar da saúde e passam a ter conhecimento em relação ao Programa de Atenção aos hipertensos e diabéticos apresentando atitudes mais preventivas e não apenas curativas, sabendo os dias e horários de funcionamento do programa, o comparecimento regular para a realização o HIPERDIA, de qualquer maneira podemos agregar também a parte econômica em que mais usuários estão utilizando medicamentos da Farmácia Popular ou da UBS.

De forma geral no final das 12 semanas conseguimos bons resultados com esta intervenção, aumentamos o número de atendimentos para hipertensos e diabéticos, melhoramos a qualidade da consulta, conseguindo avaliar da forma recomendada os hipertensos e diabéticos nas consultas, prescrevemos os medicamentos disponíveis na farmácia popular para a maioria desses usuários, de acordo com a necessidade de cada um, solicitamos os exames complementares necessários, realizamos a avaliação do risco de ter problema cardíaco também e orientamos nas consultas todos os hipertensos e diabéticos sobre comportamentos importantes para a prevenção de doença e promoção da saúde, como alimentação saudável, riscos do tabagismo, importância da higiene bucal e prática de exercícios físicos frequentes, entre outros, como forma para evitar complicações e agravos. Um aumento no acesso e uma maior adesão à terapêutica. Nós devemos como profissionais, cada vez mais fomentar a participação da população nas atividades desenvolvidas na unidade bem como estimular o controle social, e vocês usuários, espero que cada vez mais participem da UBS ajudando a qualificar o trabalho para que a equipe possa prestar uma atenção em saúde atendendo as necessidades da comunidade. Além disso, toda a comunidade (e não somente a população alvo) foi convidada a participar das educações em saúde, pois esperamos transformá-los também em replicadores do conhecimento dentro de seus círculos sociais. O Programa de Atenção aos hipertensos e diabéticos já está plenamente incorporado à rotina da equipe, de modo que cada membro sabe suas funções e executa-as normalmente.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao início do curso de Especialização em Saúde da Família não entendia a importância nem a necessidade de realizar o curso, mas com o decorrer do tempo consegui me dar conta de que através deste curso descobri como é que funciona o SUS aqui no Brasil, além disso, pude ter uma visão do comportamento dos indicadores e problemas de saúde que mais incidem na população e que podemos fazer algo para solucioná-los. Por outro lado, esse curso contribuiu para a reflexão teórica sobre a prática cotidiana e ao mesmo tempo promoveu interação, questionamentos, troca de conhecimentos, oportunidade de postar nossas dúvidas, comentários e aprofundar através do estudo da prática clínica sobre temas em APS e casos interativos de nossa experiência profissional interagindo com outros colegas e orientadores em um espaço virtual.

O curso serviu para qualificar a forma de gestão das minhas atividades dentro da Unidade, serviu para me ajudar a planejar minhas ações e entender melhor os protocolos adotados no Brasil segundo o Ministério da Saúde. Pude entender mais sobre o meu território adstrito e conhecer melhor a população para a qual presto atendimento.

O estudo da prática clínica e os casos clínicos interativos foram as partes que mais acrescentaram em minha formação como um todo, isto serviu para revisar temáticas importantes que me deparei no dia a dia de atendimento na unidade, entendo que não somente eu, mas também a população da minha área foi beneficiada pelo curso. Além disso, cada especializando conta com um orientador que constitui o ponto de enlace entre nós e a UFPEL, nos acompanha ao longo de nosso processo de aprendizagem no curso e no cumprimento das atividades docentes-educativas e na elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC),

adquirindo novos conhecimentos e experiências, através do *feedback*. Opino também que este curso permite a aprendizagem e enriquecimento de conhecimentos, fazendo-nos melhores profissionais para poder oferecer uma atenção médica altamente qualificada como o povo merece.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus**. Cadernos de Atenção Básica nº36. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Cadernos de Atenção Básica nº37. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde; Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. Organização Pan-americana da Saúde. Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília – DF, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica 37 Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília – DF, 2013.

IBGE, 2010. Disponível em: < <http://www.cidades.ibge.gov.br/>>, acesso em 18 jul. 2015.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de Coleta de dados

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 HIPERTENSÃO?	O paciente está faltando 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	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão 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 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	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																

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

PRONTO

18:52 09/01/2015

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

Eu, Clara Yoannis Lora Zamora médica e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão à disposição dos usuários.

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

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

Clara Yoannis Lora Zamora

Contato:

Telefone: (92)9 88 06 5342

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante