

Universidade Aberta do SUS - UNASUS
Universidade Federal de Pelotas
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 6



**Melhoria da Atenção à Saúde em Diabéticos e Hipertensos de 21 aos 65 anos
na Unidade Básica de Saúde Nova Gonçalves, Canguçu/RS**

Diogo Ibargoyen Rech

Pelotas/ 2015

Diogo Ibargoyen Rech

**Melhoria da Atenção à Saúde em Diabéticos e Hipertensos de 21 aos 65 anos
na Unidade Básica de Saúde Nova Gonçalves, Canguçu/RS**

Orientadora: MARIA APARECIDA GONÇALVES DE MELO CUNHA

Trabalho de conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R296m Rech, Diogo Ibargoyen

Melhoria da Atenção à Saúde em Diabéticos e Hipertensos de 21 aos 65 anos na Unidade Básica de Saúde Nova Gonçalves, Canguçu/RS / Diogo Ibargoyen Rech; Maria Aparecida Gonçalves de Melo Cunha, orientadora. – Pelotas: UFPeL, 2015.

84 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. Cunha, Maria Aparecida Gonçalves de Melo, orient. II. Título

CDD 362.14

Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Diogo Ibargoyen Rech

**Melhoria da Atenção à Saúde em Diabéticos e Hipertensos de 21 aos 65 anos
na Unidade Básica de Saúde Nova Gonçalves, Canguçu/RS**

Monografia aprovada em, 28 de Janeiro de 2015, como requisito à obtenção do título de especialista em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS/ Universidade Federal de Pelotas.

Cirurgiã-Dentista Maria Aparecida Gonçalves de Melo Cunha
(Orientadora)

Banca Examinadora:

Profº _____

Profº _____

Á todos aqueles que de alguma forma estiveram e estão próximos de mim, fazendo esta vida valer cada vez mais a pena.

AGRADECIMENTOS

Á Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

Á esta universidade, seu corpo docente, direção e administração pelo apoio técnico oportunizado.

Á minha orientadora Maria Aparecida Gonçalves Melo Cunha, pelo suporte, pelas suas correções e incentivos.

Aos colegas de trabalho da Unidade que me ajudaram na realização do grupo de intervenção.

Aos meus pais e à minha namorada Aline, pelo amor, pelo incentivo e compreensão incondicionais.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Gráfico indicativo da proporção de adultos hipertensos moradores no território e cadastrados no programa. Canguçu, RS, 2014	45
Figura 2	Gráfico indicativo da proporção de adultos Diabéticos moradores do território e cadastrados no programa. Canguçu, RS. 2014	46
Figura 3	Gráfico indicativo da proporção de adultos Hipertensos moradores do território e cadastrados no programa com estratificação de risco. Canguçu, RS. 2014	47
Figura 4	Gráfico indicativo da proporção de adultos Diabéticos moradores do território e cadastrados no programa com estratificação de risco. Canguçu, RS. 2014	47
Figura 5	Gráfico indicativo da proporção dos Hipertensos adultos moradores e cadastrados no programa com exames clínicos. Canguçu, RS. 2014	48
Figura 6	Gráfico indicativo da proporção dos Diabéticos adultos e moradores cadastrados no programa com exames clínicos. Canguçu, RS. 2014	48
Figura 7	Gráfico indicativo da cobertura dos Exames Laboratoriais nos HAS adultos e moradores cadastrados no programa. Canguçu, 2014	49
Figura 8	Gráfico indicativo da cobertura dos Exames Laboratoriais nos DM adultos e moradores cadastrados no programa. Canguçu, 2014	49
Figura 9	Gráfico indicativo da proporção de HAS adultos moradores cadastrados no grupo e faltosos. Canguçu, 2014	50
Figura 10	Gráfico indicativo da proporção de DM adultos moradores cadastrados no grupo e faltosos. Canguçu 2014	50
Figura 11	Gráfico indicativo da proporção de HAS adultos moradores locais com registro adequado no programa. Canguçu 2014	51
Figura 12	Gráfico indicativo da proporção de DM adultos moradores locais com registro adequado no programa. Canguçu, 2014	51
Figura 13	Gráfico indicativo da proporção de HAS adultos moradores locais com registro adequado no programa. Canguçu, 2014	52
Figura 14	Gráfico indicativo da proporção de DM adultos moradores locais com orientação nutricional no programa. Canguçu, 2014	53
Figura 15	Gráfico indicativo da proporção de HAS adultos moradores locais com orientação de atividade física no programa. Canguçu 2014	53

Figura 16	Gráfico indicativo da proporção de DM adultos moradores locais com orientação de atividade física no programa. Canguçu 2014	54
Figura 17	Gráfico indicativo da proporção de HAS adultos moradores locais com orientação sobre riscos do tabagismo no programa. Canguçu 2014	54
Figura 18	Gráfico indicativo da proporção de DM adultos moradores locais com orientação sobre riscos do tabagismo no programa. Canguçu 2014	55
Figura 19	Gráfico da proporção de HAS adultos moradores locais com orientação sobre higiene bucal no programa. Canguçu, 2014	55
Figura 20	Gráfico da proporção de DM adultos moradores locais com orientação sobre higiene bucal no programa. Canguçu, 2014	56
Figura 21	Gráfico da proporção de HAS adultos moradores locais com avaliação sobre saúde bucal no programa. Canguçu, 2014	56
Figura 22	Gráfico da proporção de DM adultos moradores locais com avaliação sobre saúde bucal no programa. Canguçu, 2014	57
Figura 23	Gráfico da proporção de HAS adultos moradores locais com medicações distribuídas via Sistema Único de Saúde no programa. Canguçu, 2014	57
Figura 24	Gráfico da proporção de DM adultos moradores locais com medicações distribuídas via Sistema Único de Saúde no programa. Canguçu, 2014	58
Foto 1	Foto do grupo de Hipertensão e Diabetes 2014 na Unidade Básica Nova Gonçalves, Canguçu-RS	62
Foto 2	Foto do grupo de Hipertensão e Diabetes 2014 na Unidade Básica Nova Gonçalves, Canguçu-RS	63
Foto 3	Foto do grupo de Hipertensão e Diabetes 2014 na Unidade Básica Nova Gonçalves, Canguçu-RS	63
Foto 4	Foto do grupo de Hipertensão e Diabetes 2014 na Unidade Básica Nova Gonçalves, Canguçu-RS	66
Foto 5	Foto do grupo de Hipertensão e Diabetes 2014 da Unidade Básica Nova Gonçalves no encontro no Salão Comunitário Capão Bonito Iguatemi, Canguçu-RS	66

LISTA DE ABREVIATURAS

USF – Unidade de Saúde da Família

ESF - Estratégia Saúde da Família

ACS - Agente Comunitária de Saúde

TSB - Técnico de Saúde Bucal

ASB -Auxiliar de Saúde Bucal

NASF -Núcleo de Apoio à Saúde da Família

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

SUS - Sistema Único de Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

PAM - Pronto Atendimento Municipal

CEMOC - Centro de Especialidades Médicas Oswaldo Cruz

CAPS - Centro de Atendimento Psicossocial

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

CTA - Centro de Testagem e Aconselhamento

MS - Ministério da Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

DM – Diabetes Mellitus

OMS – Organização Mundial da Saúde

MS – Ministério da Saúde

SUMÁRIO

	Pág.
Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	16
2 Análise Estratégica	17
2.1 Justificativa	17
2.2 Objetivos e metas	18
2.3 Metodologia	21
2.3.1 Detalhamento das ações	21
2.3.2 Indicadores	28
2.3.3 Logística	33
2.3.4 Cronograma	36
3 Relatório da Intervenção	40
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	40
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	41
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	42
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	42
4 Avaliação da intervenção	44
4.1 Resultados	44
4.2 Discussão	60
4.3 Relatório da intervenção para a comunidade	63
4.4 Relatório da Intervenção para os gestores	66
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	69
6 Bibliografia	71
Anexos	73
Anexo A – Documento do comitê de ética	74
Anexo B – Ficha Espelho	75
Anexo C – Planilha de coleta de dados	77
Anexo D – Materiais educativos utilizados	79

RESUMO

RECH, Diogo Ibarгойen. **Melhoria da Atenção à Saúde em Diabéticos e Hipertensos de 21 aos 65 anos na Unidade Básica de Saúde Nova Gonçalves, Canguçu/RS**. 2015. 84f.; il. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família – Unasus. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Rio Grande do Sul.

O diabetes e a hipertensão arterial formam uma patologia que associada à dislipidemia se denomina “Síndrome Metabólica”. A importância dessa Síndrome se deve a sua relação com uma mortalidade geral duas vezes maior na população normal e mortalidade cardiovascular três vezes maior, segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão da Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010. Tais fatores de risco podem ser modificáveis (idade, gênero e etnia, excesso de peso e obesidade, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo) e não modificáveis (fatores socioeconômicos, genética e agregação de dois mais fatores). As estratégias de tratamento se dividem em não medicamentosas (mudanças no estilo de vida-alimentação saudável com consumo controlado de sódio, álcool e potássio; combate ao sedentarismo e ao tabagismo) e medicamentosas. A partir disto, elaboramos uma intervenção social na Unidade Básica de Saúde Nova Gonçalves (Canguçu/RS), de acordo com o Programa de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas em conjunto com o Sistema Unasus (do Ministério da Saúde), com a finalidade de melhorar a qualidade de vida da população local adulta portadora de diabetes e/ou hipertensão em um período de 12 semanas, através de ações educativas e melhoria do atendimento a este público, com posterior estratificação de riscos. A partir disso, conseguimos cadastrar, durante este período, 88 usuários residentes locais (sendo 77 de um total de 456 hipertensos, 30 de um total de 113 diabéticos e 20 com ambas patologias), preenchendo um total de 16,9% dos HAS e 26,9% dos DM. Foram realizadas avaliações clínicas em 92,2 % dos hipertensos (71 de um total de 77 pessoas) e em 83,3% dos diabéticos (25 de um total de 30), além de análises laboratoriais em 65,7% dos HAS (ou 52/77 pessoas) e em 56,7% dos DM (ou 17/30 pessoas), Tais dados (entre outros) preencheram uma Ficha Espelho específica (ver nos anexos), além de uma Planilha Eletrônica (ver em anexos) que possibilitou a estratificação de risco cardiovascular pela Escala Framingham (que alcançou 67,5% ou 52/77 dos usuários HAS e 50% ou 15/30 dos diabéticos); para posterior controle e manutenção terapêuticas por parte da equipe de saúde (médico, odontólogo, enfermeiro e técnico de enfermagem) da Unidade de saúde em questão.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

APRESENTAÇÃO

O presente trabalho foi realizado na Unidade Básica de Saúde Nova Gonçalves – Canguçu, Rio Grande do Sul. Na análise situacional foram avaliados aspectos funcionais da Unidade, como engajamento público, estrutura, processo de trabalho e perfil populacional assistido. Na análise estratégica foi elaborado o Projeto de Intervenção, contendo objetivos, metas, indicadores e ações a serem realizadas com foco na melhoria da atenção à saúde dos diabéticos e hipertensos de 21 a 65 anos da área de abrangência. Após o planejamento, a intervenção foi executada e os resultados analisados, comparando-os com as metas inicialmente estipuladas. O trabalho aborda ainda a discussão da intervenção, os relatórios para gestores e para comunidade e também uma reflexão crítica sobre o aprendizado proporcionado pelo curso.

1 Análise Situacional

1.1 Situação da ESF/APS, enviado na segunda semana de ambientação.

Em resumo, a UBS em que trabalho, em Canguçu-RS, mais precisamente no 2º distrito (Nova Gonçalves) possui engajamento público, entretanto não possui organização popular para avaliação e monitoramento das ações de saúde. O planejamento, organização e gestão das ações de saúde ficam a cargo da equipe (médico, enfermeiro, técnico enfermagem e motorista), sob chefia da secretaria da saúde do município.

Não existe um Conselho Local de Gestão participativa, somente um dos moradores (escolhido pela secretaria da saúde) fica com a chave da Unidade (UBS) para limpá-lo e, também, fica a cargo dele comunicar os demais moradores via rádio as notícias do grupo. Tal Conselho, nunca existiu, antes ficava a cargo de outra moradora tais tarefas, entretanto há um Conselho Municipal onde ocorrem reuniões bimensais entre os gestores, os usuários e os servidores de saúde.

Aos arredores da UBS, encontra-se uma escola de Ensino Fundamental, onde a equipe de enfermagem realiza tarefas de vacinação contra o HPV, bem como onde a antiga odontóloga da equipe já palestrou em 2013 sobre hábitos de higiene bucal e escovação. Também, encontra-se aos arredores uma Igreja Católica, entretanto sem tentativas de intervenção da equipe de saúde até o momento.

Não há registros de serem realizadas tarefas de atividade física na UBS Nova Gonçalves. Dentre as atividades desenvolvidas pela equipe encontram-se: cadastramento do programa bolsa-família, campanhas preventivas (com cartazes sobre DST e distribuição de códon), educação em eventos festivos no colégio, escovação e aplicação de flúor e vacinação em geral.

Disponibilizamos para a população os horários de atendimento e dos profissionais, com o nome os responsáveis (Enfermeira Mari Duarte, Técnica enfermagem Marta

Couto Bederode, motorista Jeder Silveira da Silva e Diogo Ibarгойen Rech médico) e dos profissionais, bem como horário as atividades de vacinação e exames pré câncer. No momento, estamos formando grupos para HAS (Hipertensão) e diabéticos, sem atividades de grupos desde 2013.

Os atendimentos são feitos toda sexta-feira das 9-16h, com retiradas de fichas até as 14:30, através da livre demanda da comunidade. Realizadas ações programadas de exames ginecológicos pré-câncer, curativos e lavagens auditivas, com a população tendo pleno conhecimento dos agendamentos. Para as ações de emergência, a equipe possui medicações anti-hipertensivas e antihiperlipidêmicas à disposição, entretanto não possuímos linha telefônica confiável para chamar ambulância da prefeitura ou SAMU.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Canguçu localiza-se no sudeste do estado do Rio Grande do Sul, com aproximadamente 53390 habitantes segundo o censo de 2012, situando-se a 300km da capital de Porto Alegre. A cidade conta com 23 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo que quatro destas atendem ao modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e as demais são UBS tradicionais. Não há disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), enquanto há um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e de atenção médica especializada ambulatorial e hospitalar (através do Hospital de Caridade Canguçu). Exames complementares são disponibilizados pela Prefeitura a partir de marcação no início do mês.

Trabalho em cinco UBS do 2º distrito (zona rural de Canguçu) - Nova Gonçalves, Iguatemi, Santa Barbara e Herval. A UBS que escolhi para fazer a intervenção é a Nova Gonçalves na qual vou às segundas-feiras no horário das oito às 16 horas, pois é a mais estruturada dentre elas. Tal UBS não é uma ESF, pois minha equipe só consta de motorista, enfermeiro, além de mim e um odontólogo (sem Agente Comunitário da Saúde (ACS), técnicos em enfermagem ou auxiliar saúde bucal). O vínculo da UBS é a nível municipal, sem participação de instituições de ensino e com equipe única. Cada UBS têm um morador local responsável pela limpeza de seu interior, não existindo da mesma forma um Conselho de Administração Local.

A estrutura física da UBS Nova Gonçalves é muito boa, possui sala de espera, sala de enfermagem, consultório médico, consultório ginecológico, consultório odontológico, dois banheiros, cozinha e ambiente para palestras. A Unidade possui rampa de acesso a deficientes, luz e água encanada, espaço externo para lixo contaminado. Dentre as deficiências que mais atrapalham destacam-se: a ausência de telefonia fixa e de sinal de rede de celular, a ausência de computadores/impressoras, a labilidade da rede de luz que impede a armazenagem das vacinas, a ausência de autoclave dentre outros pormenores (lâmpadas queimadas, falta e pilhas para otoscópio, etc.). Para minimizar tais deficiências, utilizamos o telefone do colégio local, as vacinas são carregadas conforme demanda e dentro das campanhas do Ministério da Saúde (MS), os equipamentos odontológicos estão sendo esterilizados na Unidade Central e utilizamos equipamentos particulares nas consultas.

A equipe de Saúde é única, compreendendo: médico, enfermeiro, dentista, motorista e auxiliar de limpeza. Quando necessário solicitamos participação de auxiliar de saúde bucal (ASB) e de técnico de enfermagem (que são realocados de outra equipe). Mas a grande dificuldade da equipe é a ausência de Agentes Comunitários Saúde (ACS), essa ausência impede uma busca ativa de pessoas enfermas na comunidade, principalmente gestantes para acompanhamento do pré-natal e crianças para a puericultura. Estamos cientes que a nossa UBS não faz um atendimento completo, mas dentro dos nossos limites atendemos consultas (odontológicas, pré-câncer, consultas de revisão de clínica médica), procedimentos (pré câncer, lavagens auditivas, retirada de pontos e suturas, curativos, nebulizações). Estamos à mercê da vontade dos políticos locais para aumentar a demanda a partir da contratação de ACS.

Em se falando em números, o 2º distrito de Canguçu abrange em torno de 3000 pessoas e, de acordo com o Caderno de Ações Programáticas do Sistema Único e Saúde (SUS), temos na região 45 gestantes por ano, 36 menores de 1 ano, 72 menores de 5 anos, 445 pessoas de 15 aos 59 anos, 671 hipertensos com 20 ou mais anos e 192 pessoas com diabetes com 20 ou mais anos. Na UBS Nova Gonçalves, até o mês de junho/2014 não atendemos nenhuma gestante para realizar pré natal, atendimentos pediátricos ficam em torno de 1-2 por dia, puericultura nenhuma até maio, pré câncer são marcados 2-3 por dia, ficando os demais atendimentos para, na maioria, hipertensos e/ou diabéticos e/ou tabagistas (em torno de 10-15 por dia. Atendimentos odontológicos iniciam no dia 12/5/14, curativos/retirada de

pontos/lavagem auditiva são marcados semanalmente, enquanto atendimentos de urgência como controle de níveis tensionais elevados / hiper ou hipo glicemias/ nebulizações tem tido pouca procura (em torno de 1-2 por dia). Já iniciamos com o tema pré natal/ puericultura e prevenção do câncer de mama/ de colo uterino em palestras nos colégios locais, com a finalidade de trazer os usuários para consultar na UBS. Aguardamos a contratação de ACS para aumentar a demanda da população aquém nos nossos atendimentos, além de avisos na rádio local (KERB AM 97.2) chamando a população local para as consultas.

Em se tratando em consultas pediátricas na UBS (do dia 06/03/2014 até hoje 08/05/2014), não houve registro de consultas em nível de puericultura, somente consultas pediátricas de nível clínico. De acordo com o Caderno de Ações programáticas do SUS, existem 36 crianças de 0-1 ano e 72 menores de 5 anos residentes no 2º Distrito de Canguçu. Notou-se a presença de tais usuários durante a campanha de vacinação influenza na UBS. Tal fato, também decorre da preferência dos pais (e do poder aquisitivo da população local) em levar os usuários para atendimento com os especialistas pediatras no centro da cidade ou até mesmo em Pelotas (há 50km Canguçu).

No que se refere a atendimentos a gestantes e puérperas na UBS, não foi registrado até o momento nenhum atendimento a esse público do desde o dia 06/03/2014 até o dia 10/06/2014. Entretanto, sabemos da presença de grávidas no local, pois elas compareceram na UBS para vacinarem-se (em torno de 5 gestantes) e, também pelo fato de elas comparecerem ao Pronto Atendimento Municipal. Tal fato se deve a preferência de tais usuários em consultar nos consultórios do centro e dos ginecologistas da cidade. Diante disso, estamos organizando encontros na escola do bairro com as crianças e as mães, no colégio local, a fim de captar tais usuários. Também já realizamos chamados via rádio local para que as gestantes compareçam ao Unidade.

As ações de prevenção de câncer de colo de útero/mama são amplamente realizadas na UBS. Os exames ginecológicos são realizados pela enfermeira com suporte do médico clínico quando necessário e mamografias e eco mamarias são solicitadas diariamente de acordo com protocolos do Ministério da Saúde. Já foram realizadas palestras no colégio local sobre prevenção de tais doenças e Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), com posterior aumento significativo do número de tais consultas.

Na UBS Nova Gonçalves, realizamos ações de prevenção não farmacológica para controle de hipertensos e de diabéticos, tais como: orientação de hábitos alimentares saudáveis, controle de peso corporal, orientações do malefício do álcool/tabaco e orientação prática de exercícios físicos, distribuição de medicações, aferição de Pressão Arterial (PA) e Hemoglicoteste (HGT). Em referência ao tabaco, ocorre que a principal atividade da região é a plantação do fumo, com apoio da indústria fumageira Souza Cruz que investe na região, inclusive na reforma da escola local, o que contradiz nosso trabalho, em certa forma. Nosso grupo de Hipertensão já está cadastrado, com 30 pessoas ao todo na UBS e estamos iniciando as atividades em breve, sendo que ao todo contamos com 3.000 pessoas residentes locais. Nossa cobertura já atendeu 45% dos Hipertensos 47% dos Diabéticos da região. Não implantamos registro diferenciado, apenas prontuário médico e carteira de controle de PA, tal fato pode ser acrescentado no futuro para os participantes do grupo.

Sobre a Atenção ao Idoso, a única atividade diferenciada é a entrega da Carteirinha do Idoso para registro e controle, além dos prontuários médicos e odontológicos. Acamados e demenciados são regularmente visitados. Seguimos protocolos de atendimento do MS 2013 através de ações de imunização, promoção de hábitos alimentares, saúde bucal, diagnósticos e tratamento de problemas clínicos gerais/ saúde bucal/ saúde mental/ alcoolismo/ obesidade-sedentarismo/ tabagismo, distribuição de receitas, aferição de PA e HGT. Quando necessário é realizado encaminhamento a especialistas, pronto-socorro municipal, pronto atendimento municipal e internação hospitalar através de sistema de referência-contrarreferência. As dificuldades no atendimento ao idoso encontram-se no setor do tabagismo (pela atividade local de plantação o tabaco), na demora da realização de exames mais complexos (colonoscopia, eco cardiografia, eletroencefalografia, tomografias, ultrassons) e no atendimento dos especialistas como endocrinologistas, urologistas, hematologistas, etc.

Dentre os desafios que encontramos na UBS, o fator principal e mais relevante que alteraria os dados do Caderno de Atenção Básica é a implementação do sistema de ESF, com a contratação de ACS. A Secretaria da Saúde alega que está em processo de mapeamento da área do 2º distrito, com a possibilidade de implementação do sistema ESF até março/2014.

1.3 Comentário Comparativo entre o primeiro texto e o Relatório da Análise situacional.

Baseado na leitura do texto inicial, escrito na Segunda Semana de Ambientação da especialização e do Relatório Final, escrito após a conclusão da Análise Situacional, percebe-se o aprofundamento dos conhecimentos relativos à própria Unidade, como o funcionamento dos diferentes programas, às atribuições dos profissionais, as dificuldades e conquistas enfrentadas pelos demais profissionais da equipe e, à efetividade das ações e seu impacto na saúde da população.

Ao rever as situações de chegada na UBS do momento da realização do primeiro relatório situacional, vejo que avançamos bastante tanto estruturalmente (com a organização dos medicamentos, com a estruturação de uma sala para os encontros), quanto na qualificação profissional dos trabalhadores da Unidade (que já tem maior experiência com situações de emergência hipertensiva e hipo/hiperglicemiantes), mas também com o apoio e interesse da população que semanalmente retorna com exames e solicita novos encontros educacionais.

2 Análise Estratégica – Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

A intervenção escolhida a ser aplicada nos usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) Nova Gonçalves, em Canguçu-RS, é a da prevenção ao Diabetes e a Hipertensão Arterial Sistêmica. Tal escolha se baseia na principal causa de mortalidade na população brasileira, que segundo o censo 2013 e a Organização Mundial da Saúde 2011 são os eventos cardiovasculares e o AVC. Sendo o Diabetes (DM) uma doença macro e microvascular que predispões ao desenvolvimento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), podemos prevenir, assim, os danos de ambas as doenças ao mesmo tempo. Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (Sociedade Brasileira de Cardiologia 2010), os municípios com o Programa Saúde Família “apresentam melhores taxas no tratamento e controle da HAS primária”, principalmente pelo enfoque não medicamentoso fornecido nessas Unidades através de grupos de orientações sobre: alimentação saudável, consumo controlado de sódio e álcool, ingestão de potássio, combate ao sedentarismo e ao tabagismo (além do fornecimento organizado das medicações).

A população local, segundo o Caderno de Ações Programáticas, possui 671 pessoas com 20 anos ou mais com HAS e 192 pessoas com 20 anos ou mais com DM. Até o momento, já atendemos e cadastramos 45% dos Hipertensos da população alvo (300 dos 671), realizando 100% de estratificação cardiovascular (através de anamnese-exame físico, aferição de Pressão Arterial, solicitação de exames e Eletrocardiograma), além de orientação alimentar e prática de exercício físico. Com relação aos diabéticos, já atendemos e cadastramos 47% destes (90 de 192), também com 100% de estratificação cardiovascular e orientações nutricionais / aeróbicas. Para aumentar a adesão populacional utilizamos cartazes na UBS, anúncios na rádio local e palestras no colégio. Ainda não contamos com Agentes

Comunitários da Saúde e estamos aguardando reuniões do Conselho Saúde Local para participarmos e divulgarmos nosso trabalho.

A intervenção no âmbito da população de hipertensos e diabéticos torna-se importante, pois é abrangente (englobando homens e mulheres, adultos jovens e idosos, tabagistas / obesos e portadores de outras patologias predisponentes ao DM/HAS) para uma população que antes necessitava se deslocar 70 quilômetros para ser atendida no centro da cidade. Esperamos abranger 100% da população alvo, mesmo com a ausência de uma Unidade de modelo Estratégia Saúde Família (ESF) e com uma equipe sem ACS, sem técnico de enfermagem e sem Auxiliar de Saúde Bucal (ASB). Para isso, contamos com ações educativas já iniciadas há um mês com resultados satisfatórios no aumento do número de usuários com, posterior, adesão dos mesmos.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde aos adultos (de 21 a 65 anos) portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus moradores da área de abrangência da UBS Nova Gonçalves, em Canguçu-RS.

2.2.2 Objetivos Específicos

1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos;
2. Melhorar a qualidade do atendimento aos usuários hipertenso e/ou diabético realizado na Unidade de saúde;
3. Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa;
4. Melhorar o registro das informações;
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
6. Promoção da saúde.

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1 de ampliar à cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus realizada na Unidade de saúde para atender às necessidades do programa desenvolvidas na Unidade (UBS Nova Gonçalves) pela equipe de profissionais.

Meta 2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de saúde para atender as necessidades do programa (UBS Nova Gonçalves) pela equipe de profissionais.

Relativas ao objetivo 2 de melhorar a qualidade do atendimento aos usuários hipertenso e/ou diabético realizado na Unidade de saúde.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos realizada na UBS Nova Gonçalves feitas por mim, médico da equipe.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos realizada na UBS Nova Gonçalves feitas por mim, médico da equipe.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia, isto vale ressaltar de acordo com o protocolo no ambiente da UBS Nova Gonçalves durante as consultas realizadas por mim, médico e também com consulta realizada pela enfermeira durante a consulta de enfermagem.

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia, isto vale ressaltar de acordo com o protocolo no ambiente da UBS Nova Gonçalves durante as consultas realizadas por mim, médico e também com consulta realizada pela enfermeira durante a consulta de enfermagem.

Meta 7: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de saúde, isto é desenvolvida no ambiente da UBS Nova Gonçalves durante as consultas realizadas por mim, médico da equipe.

Meta 8: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de saúde, desenvolvida

no ambiente da UBS Nova Gonçalves durante as consultas realizadas por mim, médico da equipe.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados na UBS Nova Gonçalves.

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS Nova Gonçalves.

Relativas ao objetivo 3 de melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na Unidade de saúde Nova Gonçalves, conforme a periodicidade recomendada.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na Unidade de saúde Nova Gonçalves, conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 4 de melhorar o registro das informações.

Meta 13: Manter a ficha de acompanhamento de 100% dos usuários hipertensos cadastrados na Unidade de saúde no ambiente da UBS Nova Gonçalves desenvolvidas, inicialmente pela equipe de profissionais técnicos de enfermagem que cadastradas pelos profissionais, acompanhadas por mim, médico da equipe.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários diabéticos cadastrados na Unidade de saúde no ambiente da UBS Nova Gonçalves, desenvolvidas inicialmente pela equipe de profissionais técnicos de enfermagem e após isso, serão acompanhadas por mim médico da equipe.

Relativas ao objetivo 5 de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de saúde no ambiente da UBS Nova Gonçalves realizadas por mim, médico da equipe.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de saúde, as quais serão desenvolvidas no ambiente da UBS por mim, médico da equipe.

Relativas ao objetivo 6 de promoção da saúde.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos, as quais serão realizadas no ambiente da UBS e desenvolvidas durante as consultas com os profissionais: médico e enfermeiro.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos, as quais serão realizadas no ambiente da UBS e desenvolvidas durante as consultas com os profissionais: médico e enfermeiro.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos, as quais serão realizadas no ambiente da UBS e desenvolvidas durante as consultas com os profissionais: médico e enfermeiro.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos, as quais serão realizadas no ambiente da UBS e desenvolvidas durante as consultas com os profissionais: médico e enfermeiro.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos, as quais serão realizadas no ambiente da UBS e desenvolvidas durante as consultas com os profissionais: médico e enfermeiro.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos, as quais serão realizadas no ambiente da UBS e desenvolvidas durante as consultas com os profissionais: médico e enfermeiro.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos cadastrados na UBS Nova Gonçalves.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos cadastrados na UBS Nova Gonçalves.

2.3 Metodologia

2.3.1 Detalhamento das Ações

Em relação à meta de cobertura do número de hipertensos e/ou diabéticos, será realizada as ações:

Objetivo 1 Ampliar a cobertura de hipertensos e / ou diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 100% 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

Ações:

Eixo de monitoramento e avaliações:

1. Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS

2. Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS

Eixo de organização e gestão do serviço:

1.1 Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa.

1.2 Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS.

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

2.1 Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa.

2.2 Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes.

2.3 Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na Unidade de saúde.

Eixo de engajamento público:

1 e 2. Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de saúde.

1 e 2. Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos, anualmente.

1 e 2. Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

1 e 2. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Eixo de qualificação da prática clínica:

1. Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da Unidade de saúde (quando contratados)

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

2. Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da Unidade de saúde (quando contratados)

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

Em relação à meta de Melhorar a qualidade do atendimento aos hipertensos e diabéticos:

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 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 UBS

Meta 2.6: .6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na UBS

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

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

Ações:

Eixo de Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

2. Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

3. Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo e a periodicidade recomendadas adotados na Unidade de saúde.

4. Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo e periodicidade recomendada adotados na Unidade de saúde.

5. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Eixo de Organização e Gestão do Serviço:

1.1 Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos.

1.2 Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela UBS.

1.3 Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

1.4 Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na UBS.

2.1 Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos.

2.2 Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela Unidade de saúde.

2.3 Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

2.4 Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na Unidade de saúde.

3.1 Garantir a solicitação dos exames complementares.

3.2 Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

3.3 Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

4.1 Garantir a solicitação dos exames complementares.

4.2 Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

4.3 Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

5.1 Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

5.2 Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na Unidade de saúde

Eixo de Engajamento Público:

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

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

3. Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade e periodicidade de realização de exames complementares.

4. Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade e periodicidade de realização de exames complementares.

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

Eixo Qualificação da Prática Clínica

1 e 2. Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

3 e 4. Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na Unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

5. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

5. Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Em relação à meta de melhorar a adesão dos hipertensos e diabéticos ao programa:

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

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

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

Ações:

Eixo de Monitoramento e avaliação:

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

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

Eixo de Organização e gestão do serviço:

1.1 Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

1.2 Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

2.1 Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

2.2 Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Eixo de Engajamento Público:

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

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

1. Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

2.Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Eixo de qualificação da prática clínica:

1. Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade (quando contratados)

2. Treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Em relação à meta de melhorar o registro das informações

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 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de saúde.

Ações:

Eixo de Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na Unidade de saúde

2. Monitorar a qualidade dos registros dos diabéticos acompanhados na Unidade de saúde

Eixo de Organização e gestão do serviço:

1 e 2 Manter informações do SIAB atualizadas

1 e 2 Implementar planilha/registro específico de acompanhamento

1 e 2 Pactuar com a equipe o registro das informações

1 e 2 Definir o responsável pelo monitoramento do registro

1 e 2 Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso da realização de consulta de acompanhamento, ao atraso da realização de exames complementares, a não estratificação de risco, a não avaliação de lesão em órgão alvo e ao estado de compensação da doença

Eixo de Engajamento Público:

1 e 2. Orientar os usuários e a comunidade sobre os direitos de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário

Eixo de Qualificação da prática clínica:

1.Treinar a equipe no preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento do hipertenso

2. Treinar a equipe no preenchimento dos registros necessários ao acompanhamento do diabético

1 e 2 Capacitar a equipe de saúde para registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas

Em relação à meta de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular:

Objetivo 5: Mapear diabéticos e hipertensos na estratificação de risco 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.

Ações:

Eixo de Monitoramento e avaliação:

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

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

Eixo de Organização e gestão do serviço:

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

1.2 Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

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

2.2 Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Eixo de Engajamento Público:

1 e 2 Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

1 e 2 Esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Eixo de Qualificação da prática Clínica:

1 e 2 Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

1 e 2 Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

1 e 2 Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Em relação à meta de promoção da 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 usuários hipertensos.

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

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

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

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

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

Ações:

Eixo de Monitoramento e avaliação:

1. Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista.

2. Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista.

3. Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

4. Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

5. Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

6. Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

7. Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos

9. Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos

10. Monitorar realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos

11. Monitorar realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos

Eixo de Organização e gestão do serviço:

1.1 Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso.

1.2 Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

1.3 Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

2.1 Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso.

2.2 Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

2.3 Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários.

3 e 4 Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

3 e 4 Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

5 e 6 Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

5 e 6 Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

7 Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Eixo de Engajamento Público:

1 e 2 Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

1 e 2 Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

3 Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

4 Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

5 Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

6 Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

7 Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo

8 Orientar os hipertensos sobre os riscos da doença periodontal relacionada a higiene bucal e a má alimentação

9 Orientar os diabéticos sobre os riscos da doença periodontal relacionada a higiene bucal e a má alimentação

Eixo de Qualificação Clínica:

1 Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso.

2 Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente diabético.

3 e 4 Capacitar a equipe da Unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

3 e 4 Capacitar a equipe da Unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

5 e 6 Capacitar a equipe da Unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.

5 e 6 Capacitar a equipe da Unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

7 Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas.

7 Capacitar a equipe da Unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

2.3.2 Indicadores

Meta 1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da Unidade de saúde.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da Unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da UBS.

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

Meta 2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da Unidade de saúde.

Indicador 2: Cobertura do Programa de Atenção à Diabetes Mellitus na Unidade de saúde

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da Unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da UBS.

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

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos na Unidade de acordo com o protocolo.

Indicador 3: Proporção de hipertensos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo da Unidade.

Numerador: Número de hipertensos com exames clínicos apropriados.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da Unidade de saúde.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos na Unidade.

Indicador 4: Proporção de diabéticos com exames clínicos em dia de acordo com o protocolo da Unidade.

Numerador: Número de diabéticos com exames clínicos adequados.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da Unidade de saúde.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares.

Indicador 5: Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo da Unidade.

Numerador: Número de hipertensos com exames complementares em dia.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da Unidade de saúde.

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares.

Indicador 6: Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo da Unidade.

Numerador: Número de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo da Unidade.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes da Unidade de saúde.

Meta 7: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade de saúde.

Indicador 7: Proporção de Hipertensos da Unidade com prescrição medicamentosa em dia.

Numerador: Número de Hipertensos com prescrição medicamentosa.

Denominador: Número de Hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão da Unidade de saúde.

Meta 8: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade de saúde.

Indicador 8: Proporção de Diabéticos da Unidade com prescrição medicamentosa em dia.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição medicamentosa em dia.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes da Unidade de saúde.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados na UBS Nova Gonçalves.

Indicador 9: Proporção de hipertensos com avaliação de 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 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS Nova Gonçalves.

Indicador 10: Proporção de diabéticos com avaliação de 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 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na Unidade.

Indicador 11: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas.

Numerador: Número de hipertensos faltosos nas consultas médicas.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da Unidade de saúde.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas médicas.

Indicador 12: Proporção de diabéticos faltosos nas consultas médicas.

Numerador: Número de diabéticos faltosos nas consultas médicas.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da Unidade de saúde.

Meta 13: Manter a ficha de acompanhamento de 100% dos usuários hipertensos cadastrados na Unidade.

Indicador 13: Proporção de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de Hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de Hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão da Unidade de saúde.

Meta 14: Manter a ficha de acompanhamento de 100% dos usuários diabéticos cadastrados na Unidade.

Indicador 14: Proporção de Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de Diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número de Diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes da Unidade de saúde.

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na Unidade.

Indicador 15: Proporção de Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de Hipertensos cadastrados com estratificação de risco cardiovascular.

Denominador: Número de Hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão da Unidade de saúde.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na Unidade.

Indicador 16: Proporção de Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados com estratificação de risco cardiovascular.

Denominador: Número de Diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes da Unidade de saúde.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 17: Proporção de Hipertensos com Orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de Hipertensos que receberam orientação de alimentação saudável.

Denominador: Número de Hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão da Unidade de saúde.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 18: Proporção dos Diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de Diabéticos que receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de Diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes da Unidade de saúde.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 19: Proporção de Hipertensos com Orientação para prática física regular.

Numerador: Número de Hipertensos que receberam orientação a prática física.

Denominador: Número de Hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão da Unidade de saúde.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 20: Proporção dos Diabéticos com orientação para prática física regular.

Numerador: Número de Diabéticos com orientação á prática física regular.

Denominador: Número de Diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes da Unidade de saúde.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Indicador 21: Proporção de Hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de Hipertensos que receberam orientação sobre os riscos tabágicos.

Denominador: Número de Hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão da Unidade de saúde.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Indicador 22: Proporção de Diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos tabágicos.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes da Unidade de saúde.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos cadastrados na UBS Nova Gonçalves.

Indicador 23: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na Unidade de saúde.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos cadastrados na UBS Nova Gonçalves.

Indicador 23: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na Unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Logística referente ao monitoramento e avaliação

Realizaremos a intervenção na Unidade Básica de Saúde (UBS) Nova Gonçalves no programa de Hipertensão e Diabetes, adotando os protocolos dos Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde 2013 (Caderno 36- Diabetes e Caderno 37- Hipertensão), além do Protocolo das VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão 2010 da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Para registro utilizaremos as fichas de controle do Diabetes (DM) e da Hipertensão (HAS) (já fornecidos aos usuários cadastrados no Programa do Hipertenso e/ou Diabético- HIPERDIA pela Secretaria Municipal da Saúde de Canguçu), além dos prontuários médicos da Unidade e da Ficha Espelho (fornecida pela Pós Graduação Saúde Coletiva Unasus-Ufpel). O preenchimento da Ficha Espelho fornecerá um acompanhamento mais especializado, onde se registrará para cada paciente: os sinais vitais, o exame físico, resultado de exames laboratoriais e o tratamento adotado.

O monitoramento, a avaliação, o acompanhamento da periodicidade dos registros das consultas dos usuários do Programa de Hipertensos/Diabéticos, o cumprimento dos protocolos, o relato e a organização do projeto ficará a cargo do médico Diogo Rech. Como auxiliares contamos com a Enfermeira Eva Mari e a técnica de enfermagem Neusa.

O médico também monitorará o acesso e o fornecimento das medicações do Programa Hiperdia através dos prontuários médicos da Unidade, além de controlar o registro das Fichas Espelho Unasus-Ufpel dos usuários do Programa de Hipertensão/Diabetes, bem como de solicitar a Secretaria da Saúde Municipal a confecção das cópias desse material em quantidade suficiente.

A partir do registro adequado da Ficha Espelho, o médico realizará a estratificação de risco conforme determinações dos protocolos adequados realizando também o monitoramento do número de usuários HAS e DM presentes no programa.

Ficará a cargo da enfermeira o monitoramento da realização de consultas anuais odontológicas de cada um dos usuários do grupo, além de ter a missão de orientar sobre nutrição adequada, sobre exercícios físicos periódicos e sobre os riscos do tabagismo com posterior registro em prontuário clínico.

Reuniões entre a equipe serão periódicas para análise da condição de saúde da população adstrita no entorno da UBS.

Logística referente à organização e gestão do serviço:

A organização dos registros no prontuário (clínico e Ficha Espelho) do Programa Hipertensão/Diabetes da UBS Nova Gonçalves e a definição das atribuições de cada membro da equipe de saúde ficará sob cuidados do médico da equipe, que também capacitará semanalmente cada um dos profissionais conforme os protocolos adotados, atualizando-os e disponibilizando-os em versão impressa. Além disso, o estabelecimento dos sinais de alerta nos exames complementares e a estratificação dos riscos de cada paciente também fica a critério médico, que da mesma forma se compromete a dar prioridade de atendimento aos usuários com alto risco e de manter os dados do SIAB atualizados.

Juntamente com a enfermeira, o médico se compromete a garantir a solicitação dos exames complementares definidos no Caderno de Atenção Básica 2013, solicitando agilidade nas suas realizações junto a Secretaria de Saúde Municipal. Tal ação conjunta, também se dará na manutenção do registro (pactuados em equipe) e o fornecimento dos medicamentos dos usuários do Programa Hipertensão/Diabetes e tabagismo. Ambos profissionais ficam responsáveis em solicitar avaliações com nutricionista e educadores físicos (dentre outros especialistas) e com as visitas domiciliares aos usuários faltosos do grupo.

Somente a cargo da enfermeira fica a organização da agenda dos usuários do grupo Hipertensão e Diabetes, além da organização da demanda dos demais usuários (incluindo as consultas odontológicas). Também, responsabiliza-se pelo controle de estoque e de validade das medicações e a orientação sobre práticas físicas regulares e dieta adequada. Tal profissional juntamente com a técnica de enfermagem responsabiliza-se pelo acolhimento aos usuários e pela manutenção dos materiais de controle da Pressão Arterial e de Hemoglicoteste (HGT).

Logística referente ao engajamento público:

A equipe de saúde (médico, enfermeira, técnico enfermagem e dentista) da UBS Nova Gonçalves pretende informar a população do Segundo Distrito de Canguçu-RS sobre a existência do Programa de Hipertensão/Diabetes com chamamentos matinais (de acordo com o Protocolo de Intervenção) via rádio local (Kerb FM 87.9), com cartazes na Unidade e palestras no colégio local, solicitando apoio para ampliação de participantes ao grupo educativo.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

Durante as doze semanas da intervenção as ações previstas no projeto puderam ser colocadas em prática. Como ações parcialmente cumpridas cito a divulgação das atividades relacionadas à intervenção, incluindo a divulgação ao público alvo, população em geral e equipe da Unidade. Todas as metas e objetivos do projeto foram expostos, as funções de cada membro foram solicitadas, discutimos pontos dos Manuais dos Cadernos de Atenção Básica 36 e 37 (Diabetes e Hipertensão) do Ministério da Saúde (2013) e estabelecemos parcerias intersetoriais.

Já as ações desenvolvidas na totalidade podemos mencionar que foram realizados: todos os registros específicos da Hipertensão e do Diabetes com o objetivo de monitorar as ações realizadas foi possível também encaminhar todas as gestantes, através do agendamento, para as consultas odontológicas, médica e de enfermagem. Os atendimentos médicos e de enfermagem passaram a acontecer conforme o protocolo; além disso os exames retornaram com atraso relativo de quatro semanas para posterior avaliação, sendo eles: Hemograma, Urina tipo um, Microalbuminúria de

Amostra, Glicemia Jejum, Teste de Tolerância da Glicose (75 gramas), Hemoglobina Glicosilada, Colesterol (total e frações), Creatinina, Potássio, TSH assim como Eletrocardiograma.

A partir de análise da Escala Framingham e/ou da evidencia de lesões em órgãos alvo (pé diabético, retinopatia, doença renal avançada ou doença arterial periférica) encaminhamos os usuários com alto risco de eventos cardiovasculares aos especialistas (cardiologistas, endocrinologistas) ou no caso das urgências para o Pronto Socorro Municipal. Todos os usuários foram convidados para avaliação bucal, e os voluntários tiveram uma consulta odontológica de triagem realizada; além de retorno agendado. A principal meta alcançada nesta intervenção com 100% de aproveitamento (88/88), no item que se relaciona com as medicações anti-hipertensivas e antidiabéticas inteiramente distribuídas via Farmácia Popular do Sistema Único de Saúde.

O atendimento odontológico para os usuários foi complicado, pois este serviço enfrentou muitas dificuldades no que diz respeito à adesão ao tratamento por parte dos usuários, já que a maioria deles já possuía odontólogo assistente. Pouco serviço pôde ser ofertado (sendo avaliados 32% dos HAS ou 25 de um total de 77 pessoas, e 33% dos DM ou 10/33 usuários) e as atividades educativas foram realizadas em boa parte (72% dos HAS ou 56/77 e 66% dos DM ou 20/30). Mesmo com as dificuldades ficou estabelecida a agenda compartilhada com HAS e DM com atendimento prioritário. O dentista foi muito participativo e prontamente participou das tarefas educativas, além de atendê-los e avaliá-los sempre que solicitado.

Durante a intervenção vivenciamos dificuldades com relação a participação da Enfermeira, que teve problemas familiares (doença e falecimento da mãe) e afastamento do serviço (com 15 dias de atestado, quinze dias de licença e férias antecipadas), além de má adaptação após o retorno às atividades, em Novembro. Entretanto, a ampla participação dos usuários nos dias de grupo educacional compensou tal déficit, além do mais adaptamos uma das salas da UBS com cadeiras confortáveis onde tais pessoas puderam aguardar até o fim das atividades.

3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

É válido ressaltar que uma ação não desenvolvida como esperado foram as relacionadas aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de Auxiliar de Saúde Bucal (ASB), que não foram contratados a tempo pela gestão municipal. Também podemos

colocar como um retrocesso à equipe os encaminhamentos ao nutricionista (que se restringiram a 2/88) que não foram necessárias, pois a grande dos usuários do grupo apresentou boa adesão após orientação nutricional durante a prática educativa (que atingiu 96 % e as atividades com profissional de educação física (0/88). Outra ausência sentida no trabalho foi a de uma equipe NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), que até o momento não foi formada pela Gestão Municipal.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados.

A coleta e sistematização dos dados relativos à intervenção foram pontos que trouxeram relativa facilidade. As fichas-espelho foram adequadamente preenchidas pelo médico e pelo dentista, sendo muitas vezes revisadas juntamente com os prontuários clínicos e odontológicos para novas atualizações. Tivemos problemas iniciais com as impressões (feitas na própria Secretaria de Saúde Municipal) destas fichas espelho que vieram somente com a folha de frente, entretanto as reimpressões vieram adequadas. Já no preenchimento da Planilha Eletrônica tivemos algumas dificuldades pois as tabelas 3.1 e 3.2 estavam com formatação inadequada, mas tal situação foi prontamente resolvida com uma nova decodificação. Além disso, os gráficos tiveram de ser reajustados, na formatação final, sendo tabelados com os eixos das ordenadas, adequados de 0 a 100.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

Nestes três meses, conseguimos implementar um grupo com 88 usuários, além desses novos cadastramentos vem sendo feitos. Tais ações vêm sendo discutidas com os gestores do município (Secretária e Coordenador da Saúde Municipais), que solicitaram uma cópia do Projeto de Intervenção e se comprometeram em monitorar o serviço de enfermagem da Unidade. Será necessária a contratação de um novo dentista que termina o contrato no final de Dezembro / 2014, de uma nova técnica de enfermagem que finaliza o contrato em Fevereiro / 2015 e de um novo médico que termina seu contrato em Março / 2015, além dos ACS que poderão expandir o número de usuários do grupo após o novo Concurso Público em Março / 2015.

As fichas espelho de cada um dos usuários já estão armazenadas em prontuário específico para o grupo para preenchimento e seguimento, adequando a cada mudança nos exames laboratoriais ou no exame físico. A população da Unidade de Saúde Nova Gonçalves demonstra pleno interesse na continuidade do Projeto e a gestão municipal também apresenta interesse mútuo, ficando em haver a implementação do Sistema de Estratégia de Saúde Família (ESF) e do Núcleo de Apoio a Saúde Familiar (NASF).

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Minha intervenção ocorreu no segundo distrito, zona rural na cidade de Canguçu, Rio Grande do Sul. A Unidade Básica (UBS) sede é a Nova Gonçalves, dividindo a área e o estudo com as Unidades auxiliares Iguatemi e Herval; sendo a população total de moradores adstrita de 3000 pessoas, segundo censo municipal de Outubro 2014. Nossa equipe é composta de Médico, Dentista, Enfermeiro, Técnico de Enfermagem, Motorista e de um morador que se responsabiliza pela limpeza e serviços gerais na Unidade.

A população abrangente no estudo foi a dos Hipertensos (HAS) e dos Diabéticos com 20 anos ou mais, moradores da localidade. Segundo estimativa populacional do estudo Vigitel 2011 (com calculadora disponibilizada na Planilha da coleta de dados da pós graduação Unasus-Ufpel), existem 456 (22,7%) pessoas moradoras da região com 20 anos ou mais portadoras de HAS, além de 113 (5,6%) pessoas diabéticas com as mesmas características. Quantitativamente, nossa meta principal era o cadastramento de 100% da população hipertensa e de 100% da população diabética locais. Entretanto, ao longo dos três meses de intervenção não

alcançamos tal meta, mas evoluímos gradativamente de 49 (ou 10,7%) usuários HAS no primeiro mês, para 60 (ou 13,2%) usuários HAS no segundo mês e finalizando com 77 (16,9%) usuários no terceiro e último mês. Com os usuários diabéticos, chegamos mais perto da meta; no primeiro mês atingimos 18 (15,9%) usuários DM, no segundo mês conseguimos 22 (19,5%) usuários e finalizamos com 30 (26,5%) usuários diabéticos. Para melhorarmos qualitativamente os percentuais, teríamos essencialmente de contar com agentes comunitários da saúde (ACS) para aumentarmos o alcance da nossa busca ativa, que ocorreu somente com chamamentos via rádio e com cartazes na Unidade (ver anexos, página 77).

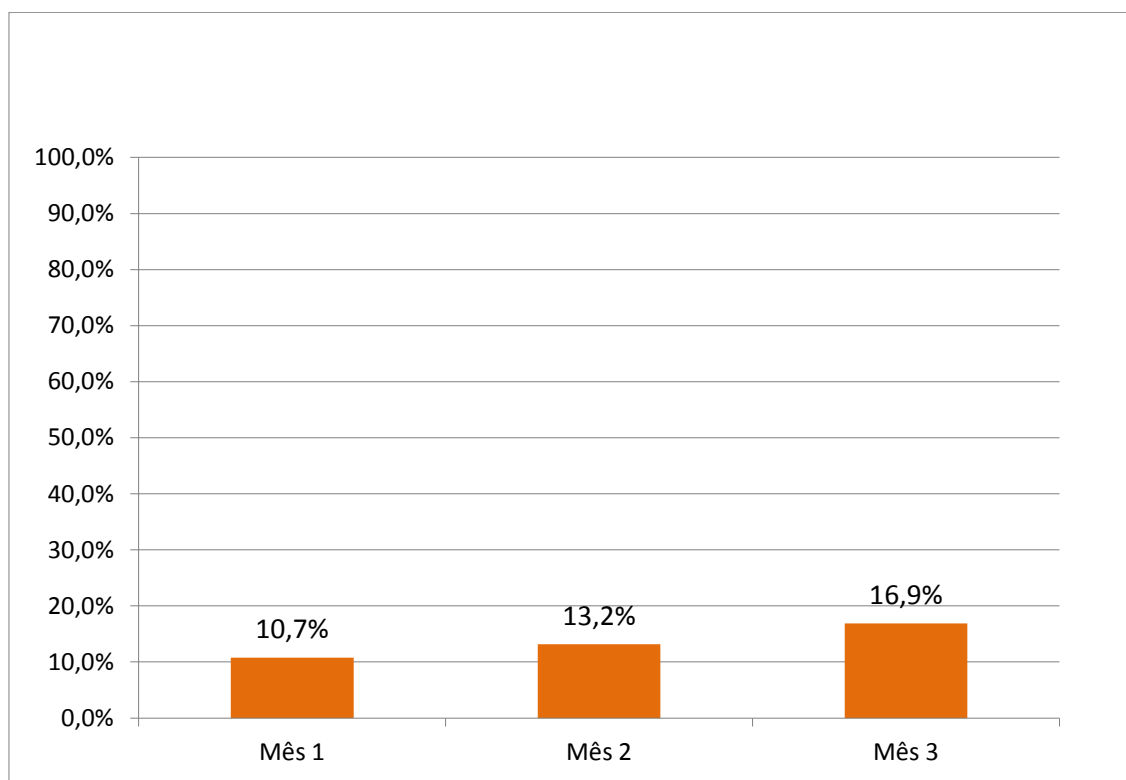


Figura 1- Gráfico indicativo da proporção de adultos hipertensos moradores no território e cadastrados no programa. Canguçu, RS, 2014

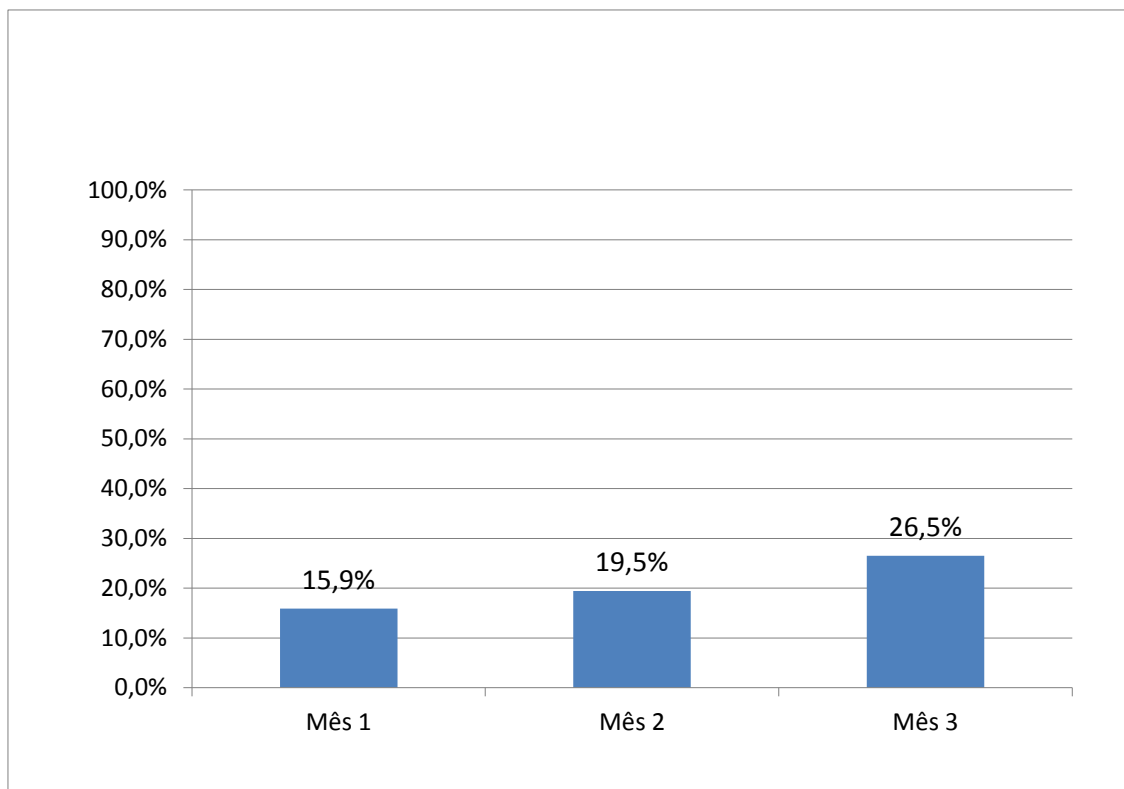


Figura 2- Gráfico indicativo da proporção de adultos Diabéticos moradores do território e cadastrados no programa. Canguçu, RS. 2014

O Grupo de Hipertensão e Diabetes da UBS Nova Gonçalves 2014 teve como objetivo o acompanhamento dos usuários para posterior análise dos riscos dos participantes de virem a terem complicações como o Infarto Agudo do Miocárdio e como o Acidente Vascular Periférico. Tal estratificação de riscos atingiu no terceiro mês de intervenção: 67,5 % ou 52 pessoas dos usuários HAS (32,7% ou 16 pessoas no 1º mês e 51,7% ou 31 pessoas no segundo mês), bem como 50 % ou 15 pessoas DM (16,7% ou três pessoas no primeiro mês e 36,4 ou oito pessoas no segundo mês). Para realizarmos essa análise ou estratificação de risco utilizamos ou as lesões em órgão alvo (observadas no exame clínico) ou a calculadora Framingham (através dos exames laboratoriais) e, para posteriormente classificarmos o paciente com risco baixo, moderado ou alto. Os exames clínicos, realizados pela enfermagem e pelo médico, praticamente alcançaram as metas iniciais de 100% de alcance ao fim dos três meses; ficando os percentuais finais em 92,2% ou 71 do total dos usuários HAS (67,3% ou 33 usuários no primeiro mês e 83,3% ou 25 do total dos usuários DM (38,9% ou sete usuários no primeiro mês e 77,3% ou 17 usuários no segundo mês).

Já os exames laboratoriais atingiram parcialmente suas metas, ficando ao fim da intervenção com os percentuais de 67,5% ou 52 usuários HAS (32,7% ou 16 usuários no primeiro mês e 51,7% ou 31 usuários no segundo mês) e com 56,7% ou 17 usuários DM (16,7% ou três usuários no primeiro mês e 36,4% ou oito usuários no segundo mês). Observamos quantitativamente, que as proporções aumentaram gradativamente, entretanto um fato a se destacar pela não conclusão das metas foi a demora da realização dos exames laboratoriais pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e o não comparecimento rotineiro de alguns usuários a Unidade.

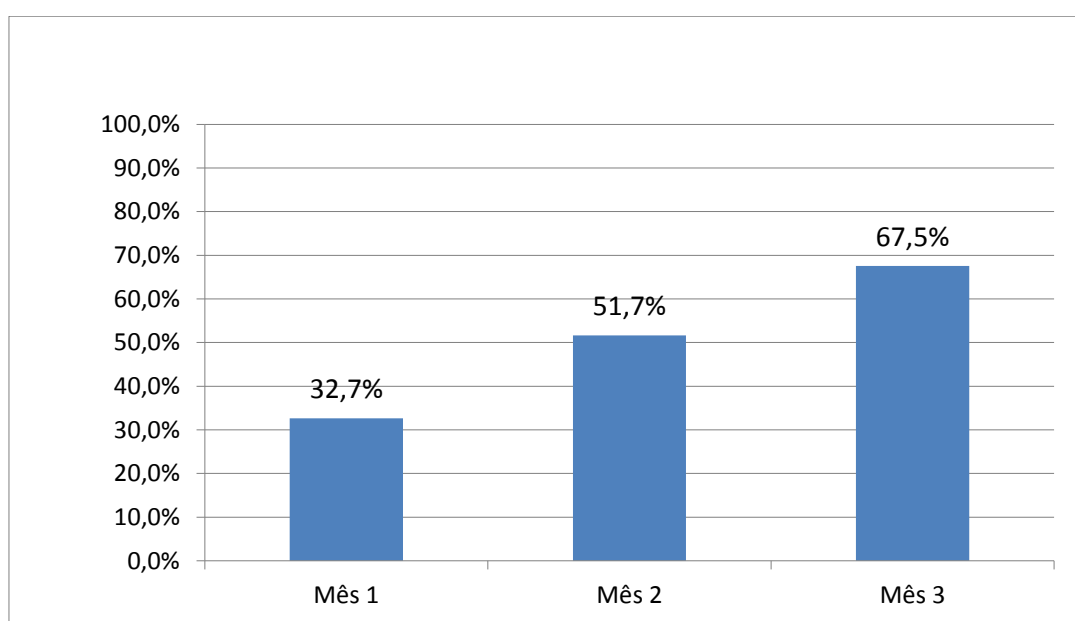


Figura 3 - Gráfico indicativo da proporção de adultos Hipertensos moradores do território e cadastrados no programa com estratificação de risco. Canguçu, RS. 2014

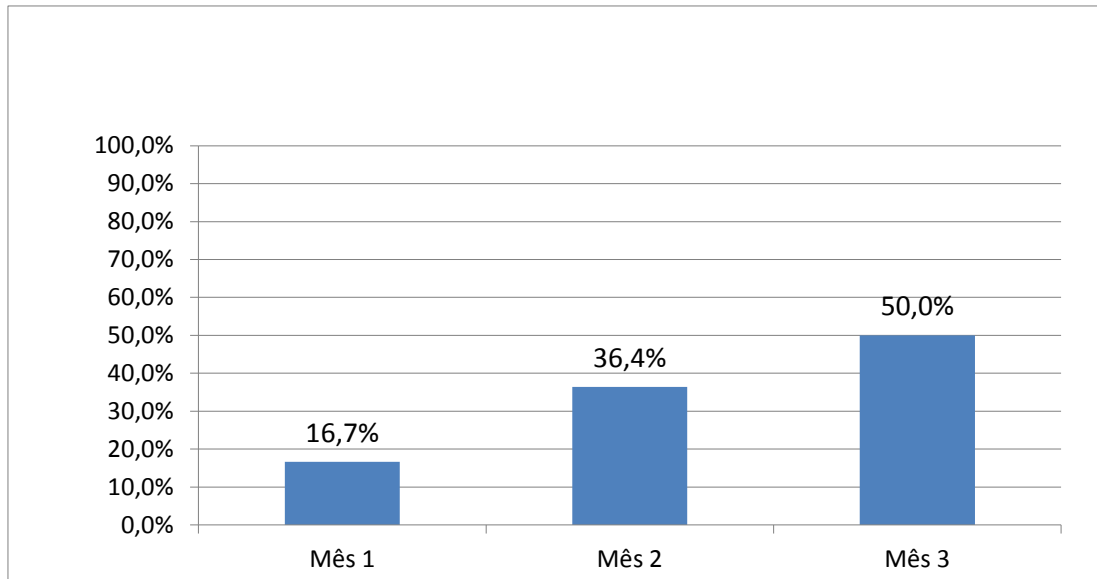


Figura 4- Gráfico indicativo da proporção de adultos Diabéticos moradores do território e cadastrados no programa com estratificação de risco. Canguçu, RS. 2014

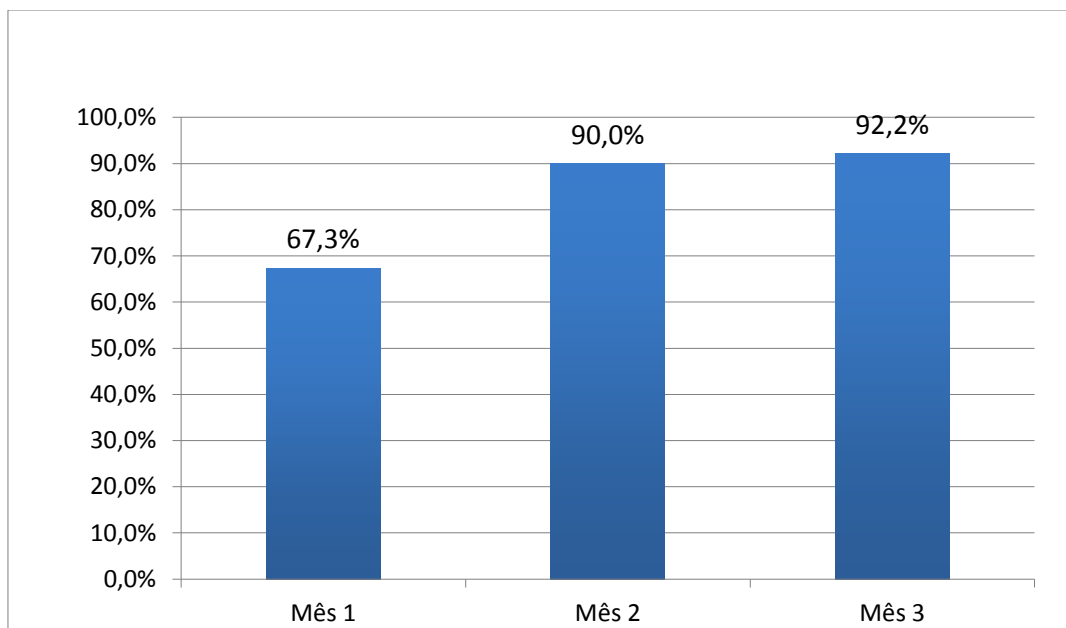


Figura 5- Gráfico indicativo da proporção dos Hipertensos adultos moradores e cadastrados no programa com exames clínicos. Canguçu, RS. 2014

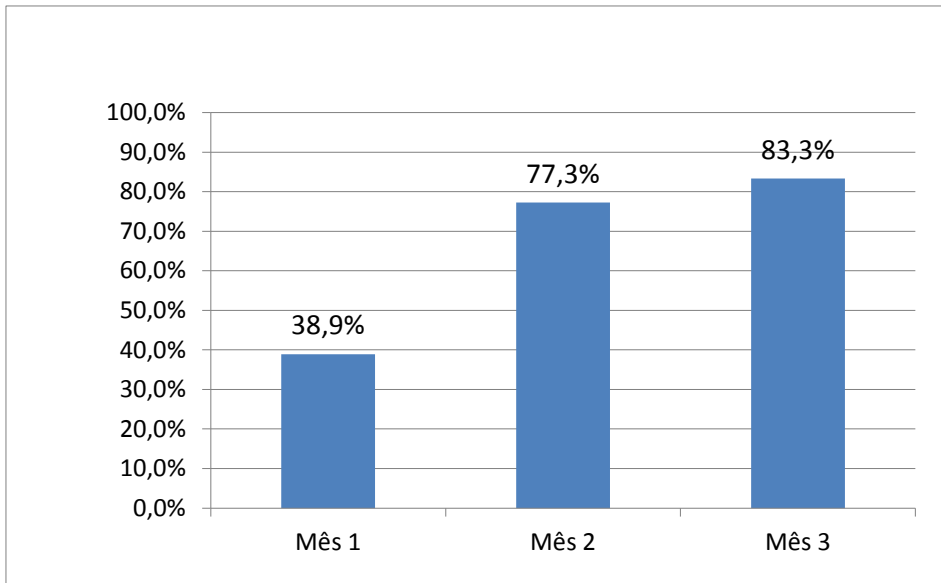


Figura 6- Gráfico indicativo da proporção dos Diabéticos adultos e moradores cadastrados no programa com exames clínicos. Canguçu, RS. 2014

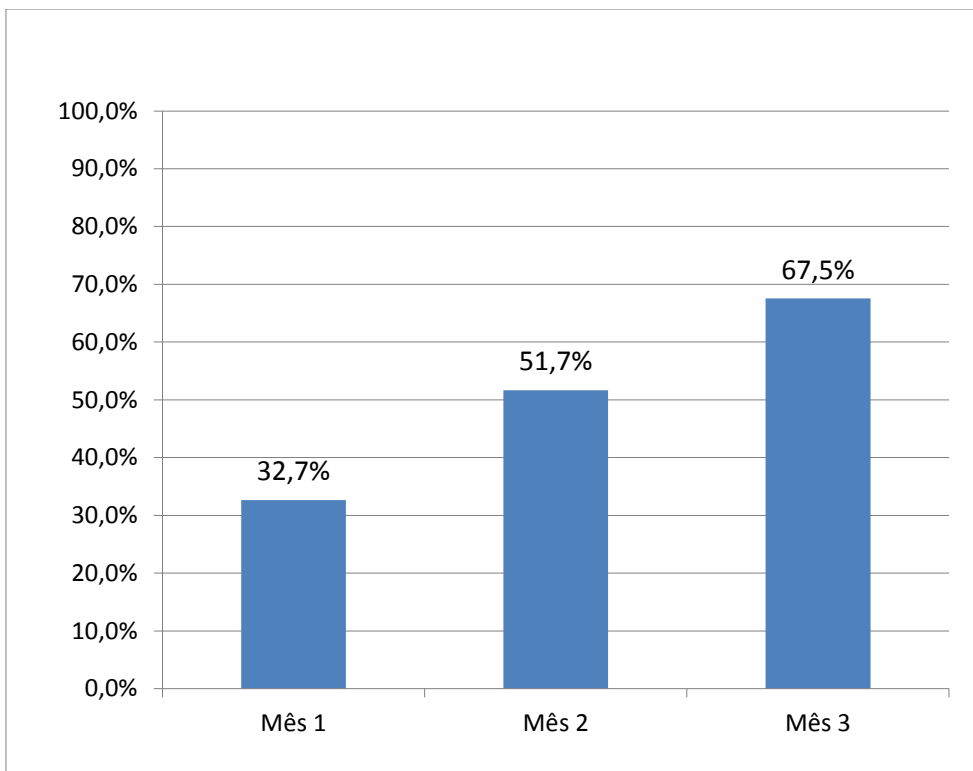


Figura 7- Gráfico indicativo da cobertura dos Exames Laboratoriais nos HAS adultos e moradores cadastrados no programa. Canguçu, 2014

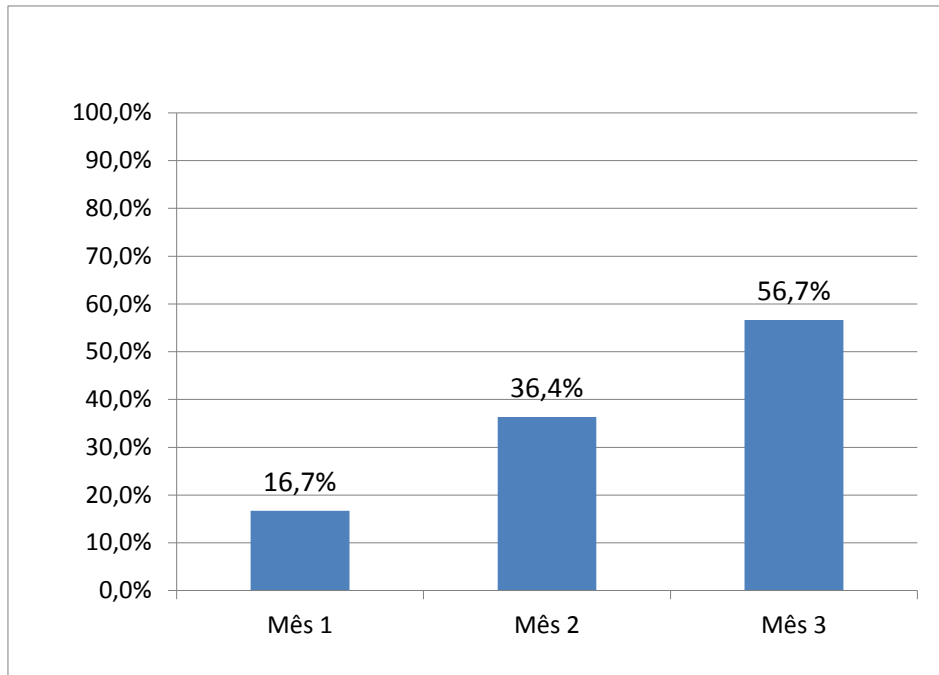


Figura 8- Gráfico indicativo da cobertura dos Exames Laboratoriais nos DM adultos e moradores cadastrados no programa. Canguçu, 2014

No que decorre ao chamamento dos usuários ao grupo para os encontros na UBS, utilizamos principalmente o chamamento via rádio local (kerb FM 87.9) e cartazes afixados no exterior da Unidade, sem a utilização de ACS (não contratados pela Prefeitura Municipal para a equipe) e o trabalho em UBS de modo tradicional. Mesmo assim, a proporção de usuários faltosos a busca ativa ao final dos três meses diminuiu gradativamente, atingindo 40,6% ou 28 pessoas HAS (73,5% ou 36 pessoas no 1º mês e 57,6% ou 34 pessoas no 2º mês) e 51,9% ou 14 pessoas diabéticas (88,2% ou 15 pessoas no 1º mês e 76,2 ou 16 pessoas no 2º mês). Os chamamentos não se referiam tão somente para cadastros de novos usuários, mas também para complementação das fichas espelho e prontuários, sendo que estes registros adequados atingiram em parte os objetivos de 100% da meta inicial (pela demora ou não comparecimento dos usuários) ao final da intervenção. O alcance final nos HAS foi de 64,9% ou de 50 usuários (passando por 30,6% ou 15 usuários no 1º mês para 51,7% ou 31 usuários no segundo mês) e de 46,7% ou 14 usuários diabéticos (passando por 11,1% ou dois usuários no 1º mês para 36,4% ou oito usuários no segundo mês).

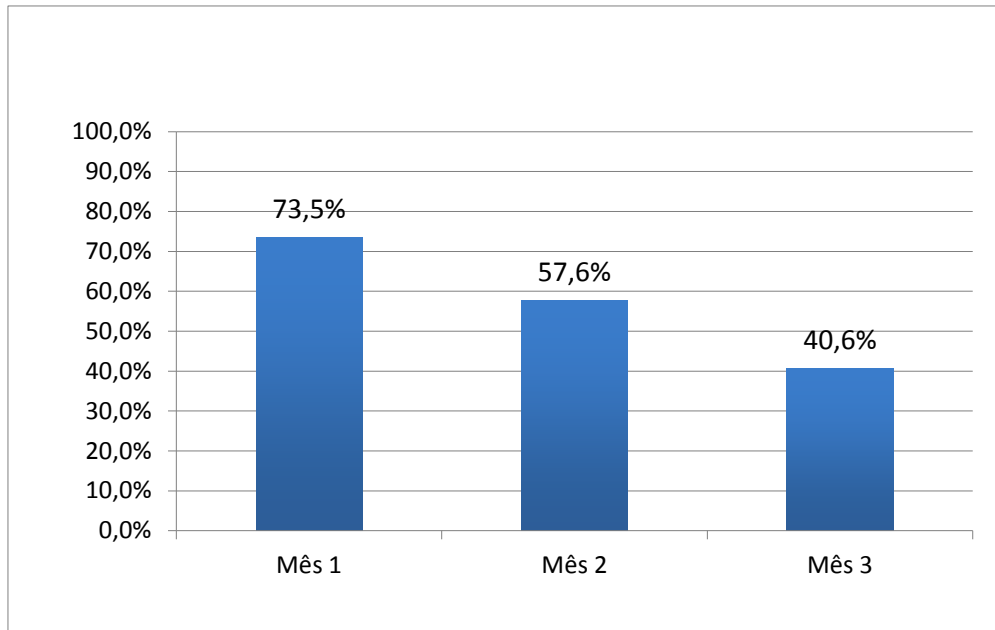


Figura 9- Gráfico indicativo da proporção de HAS adultos moradores cadastrados no grupo e faltosos. Canguçu, 2014

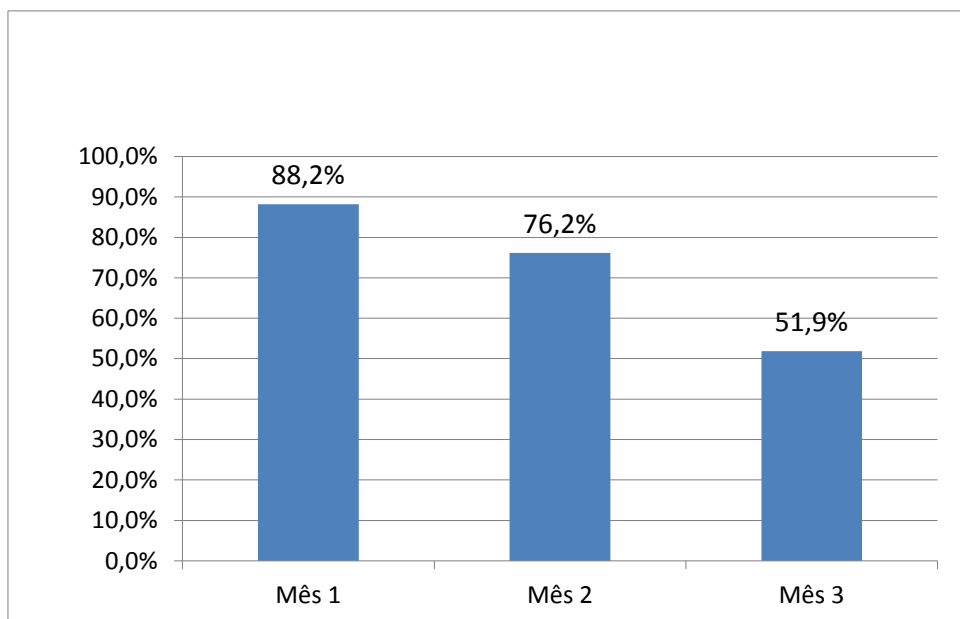


Figura 10- Gráfico indicativo da proporção de DM adultos moradores cadastrados no grupo e faltosos. Canguçu 2014

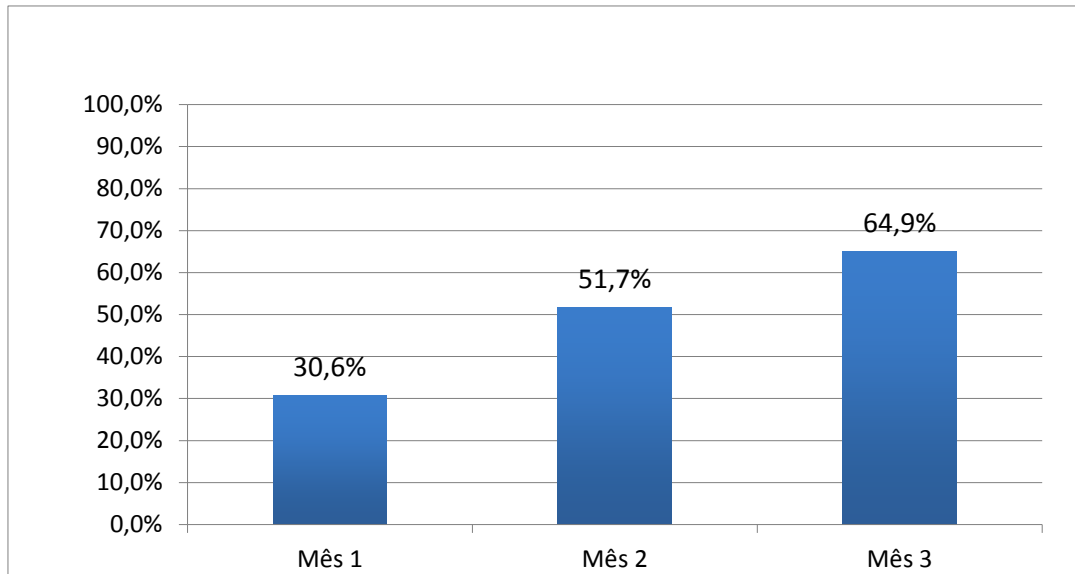


Figura 11- Gráfico indicativo da proporção de HAS adultos moradores locais com registro adequado no programa. Canguçu 2014

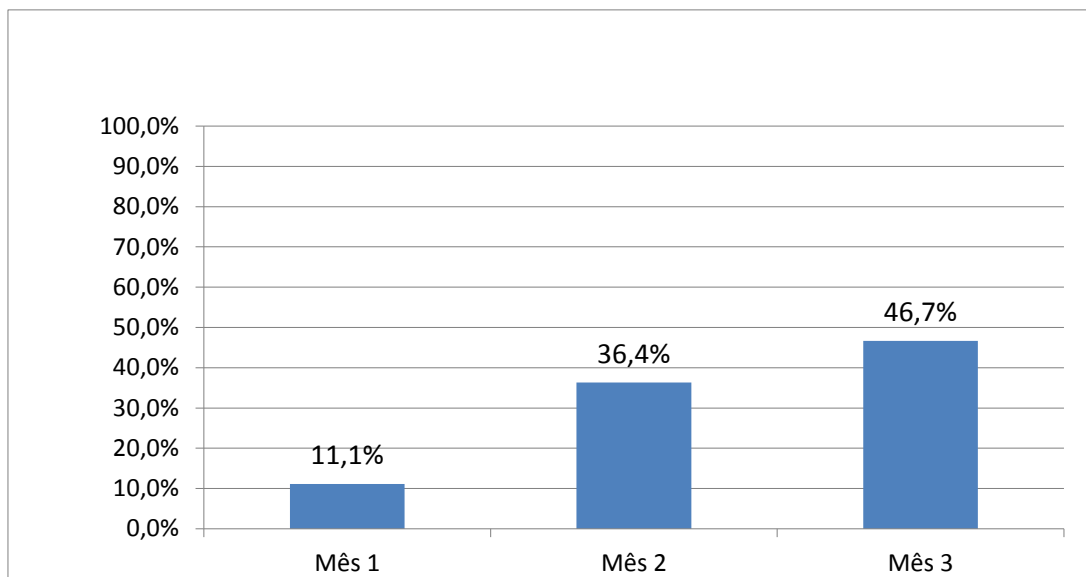


Figura 12- Gráfico indicativo da proporção de DM adultos moradores locais com registro adequado no programa. Canguçu, 2014

A cada quatro semanas realizamos reuniões para podermos orientar os usuários e pessoas interessadas principalmente sobre o tratamento não medicamentoso da hipertensão e do diabetes, além de exame físico e do preenchimento dos prontuários. Tais orientações subdividam-se em nutricionais, em atividade física, em riscos do tabagismo e em saúde bucal. Ao final do período de coleta de dados praticamente atingimos a meta das orientações sobre alimentação adequada com o alcance de: 96,1% ou 74 hipertensos (passando por 85,7% ou 42 pessoas no primeiro mês e por 91,7% ou 55 pessoas no 2º mês) e 90% ou 24 diabéticos (passando por 66,7% ou 12

pessoas no 1º mês para 86,4% ou 19 pessoas no segundo mês). Quanto as atividades físicas atingimos por fim: 94,8% ou 73 HAS (85,7% ou 42 pessoas no primeiro mês e 90% ou 54 pessoas no segundo mês) e 86,7% ou 26 diabéticos (66,7% ou 12 pessoas no 1º mês e 81,8% ou 18 pessoas no segundo mês). Quanto aos riscos do tabagismo conseguimos atingir 94,8% ou 73 hipertensos (83,7% ou 41 pessoas no primeiro mês e 90% ou 54 pessoas no segundo mês) e 86,7% ou 26 diabéticos (61,1% ou 11 pessoas no 1º mês e 81,8% ou 18 pessoas no segundo mês). Quanto as orientações sobre saúde bucal conseguimos atingir 72,7% ou 56 pessoas HAS (44,9% ou 22 HAS no 1º mês e 53,3% ou 32 pessoas no segundo mês) e 66,7% ou 20 diabéticos (27,8% ou cinco pessoas no primeiro mês e 40,9% ou nove pessoas no segundo mês). Após as palestras ao grupo, nosso dentista se dispôs a avaliar a saúde bucal dos usuários do grupo, tendo ao final avaliado 32,5% ou 25 hipertensos (30,6 ou 15 usuários no 1º mês e 31,7% ou 17 usuários no segundo mês), bem como 33,3% ou 10 usuários diabéticos (11,1% ou dois usuários no primeiro mês e 18,2% ou quatro usuários no 2º mês). Qualitativamente, observamos que alguns usuários já possuíam odontólogo assistente ou não quiseram ser avaliados.

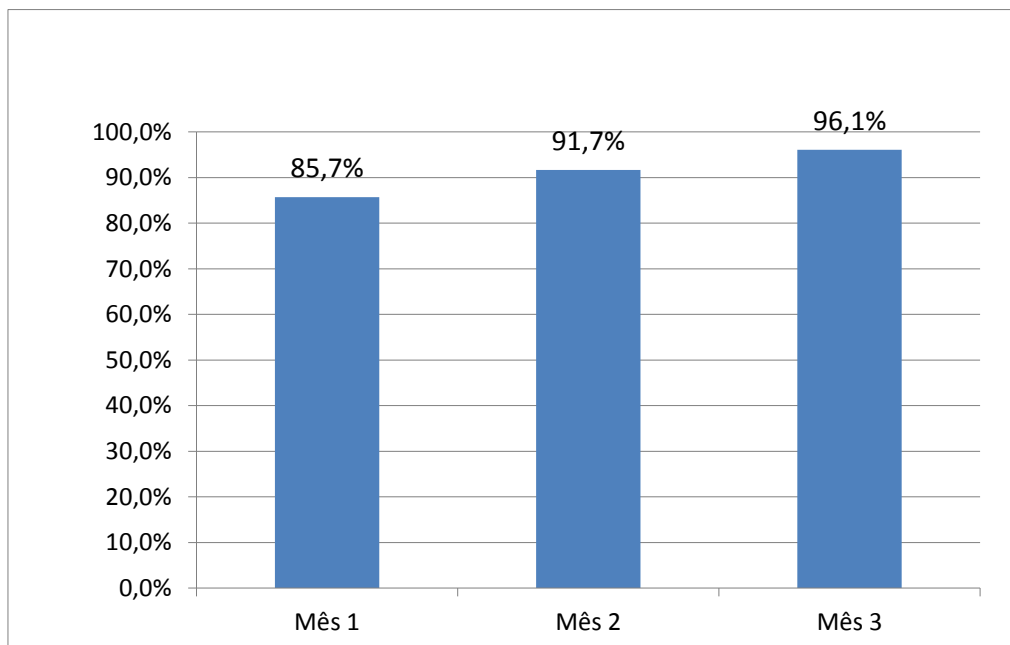


Figura 13- Gráfico indicativo da proporção de HAS adultos moradores locais com registro adequado no programa. Canguçu, 2014

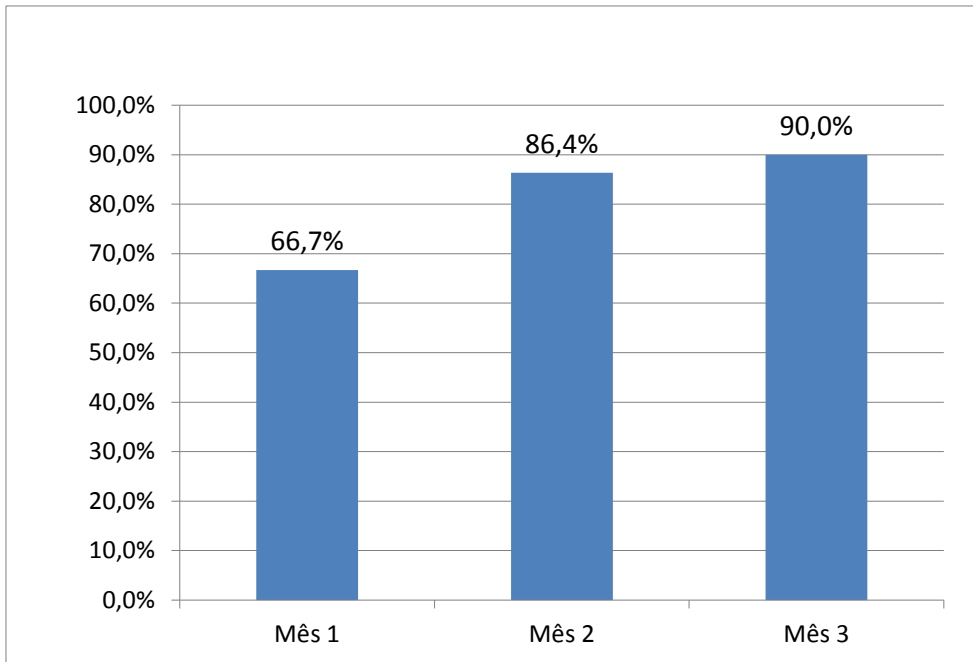


Figura 14- Gráfico indicativo da proporção de DM adultos moradores locais com orientação nutricional no programa. Canguçu, 2014

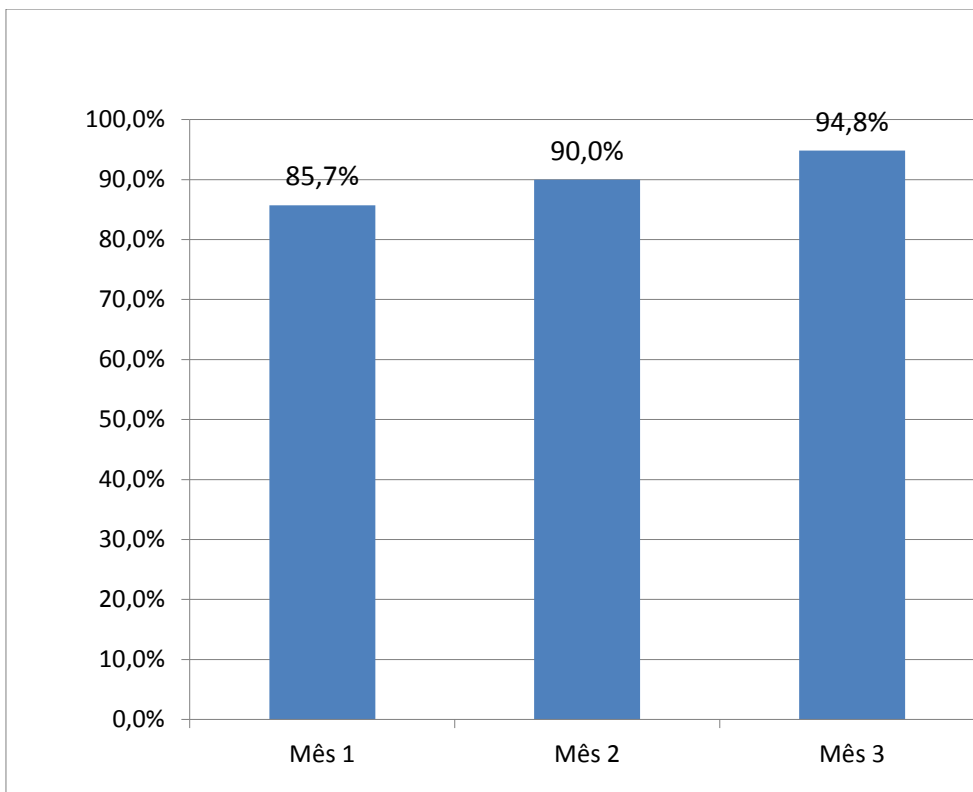


Figura 15- Gráfico indicativo da proporção de HAS adultos moradores locais com orientação de atividade física no programa. Canguçu 2014

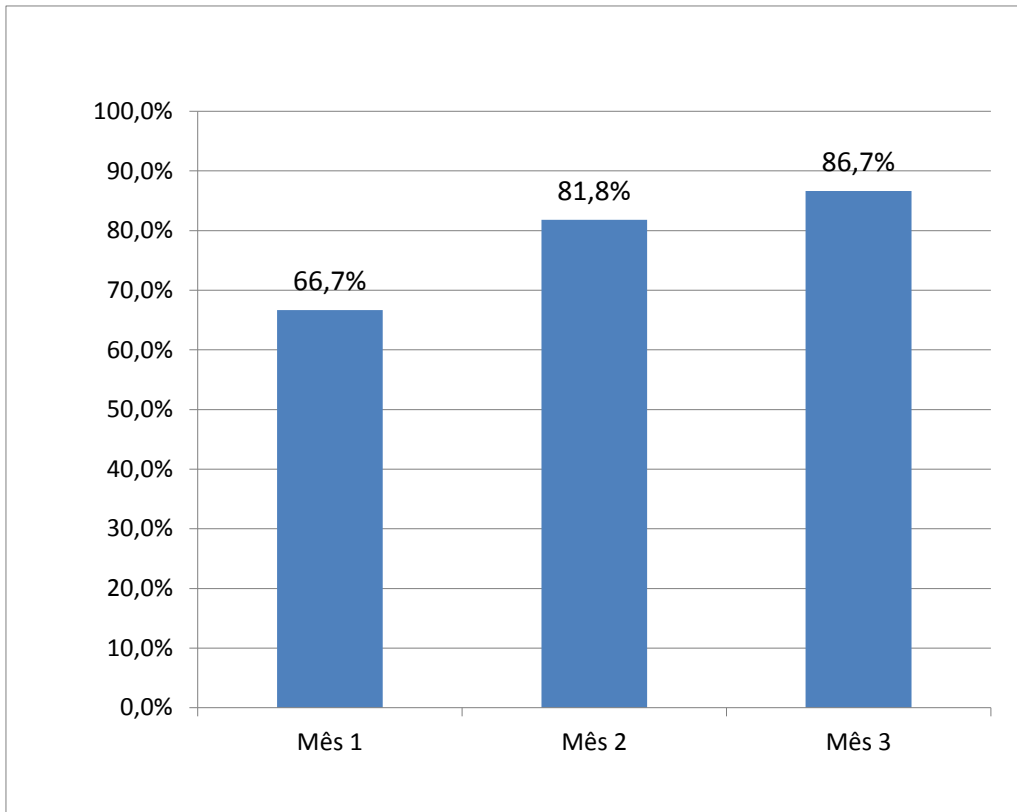


Figura 16- Gráfico indicativo da proporção de DM adultos moradores locais com orientação de atividade física no programa. Canguçu 2014

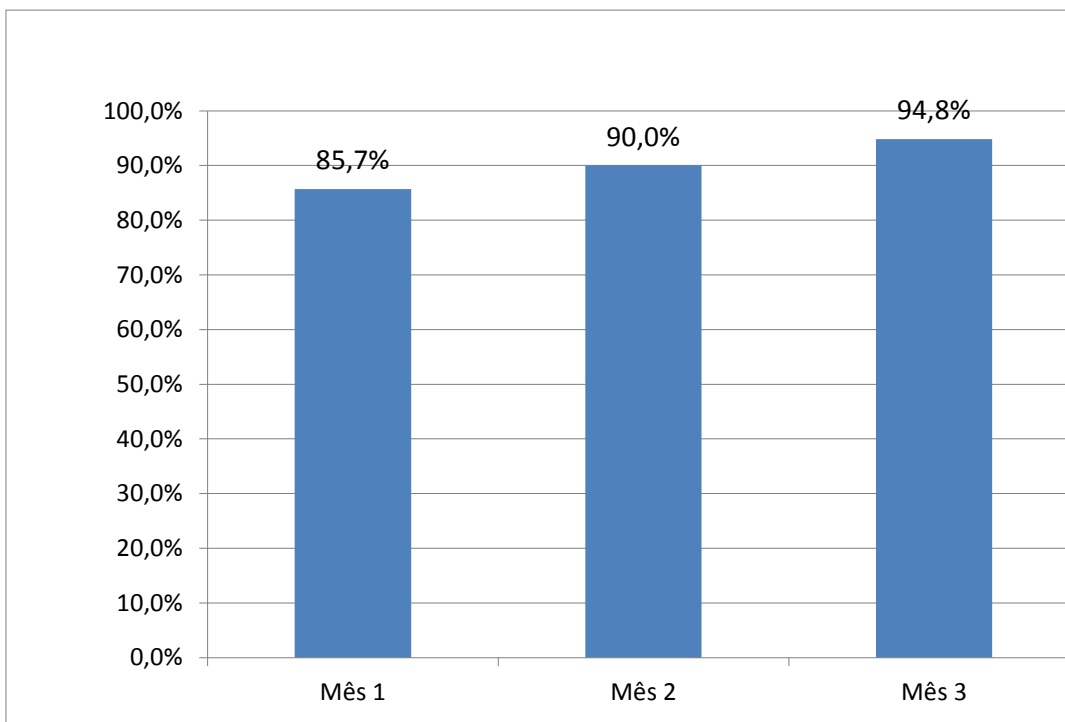


Figura 17- Gráfico indicativo da proporção de HAS adultos moradores locais com orientação sobre riscos do tabagismo no programa. Canguçu 2014

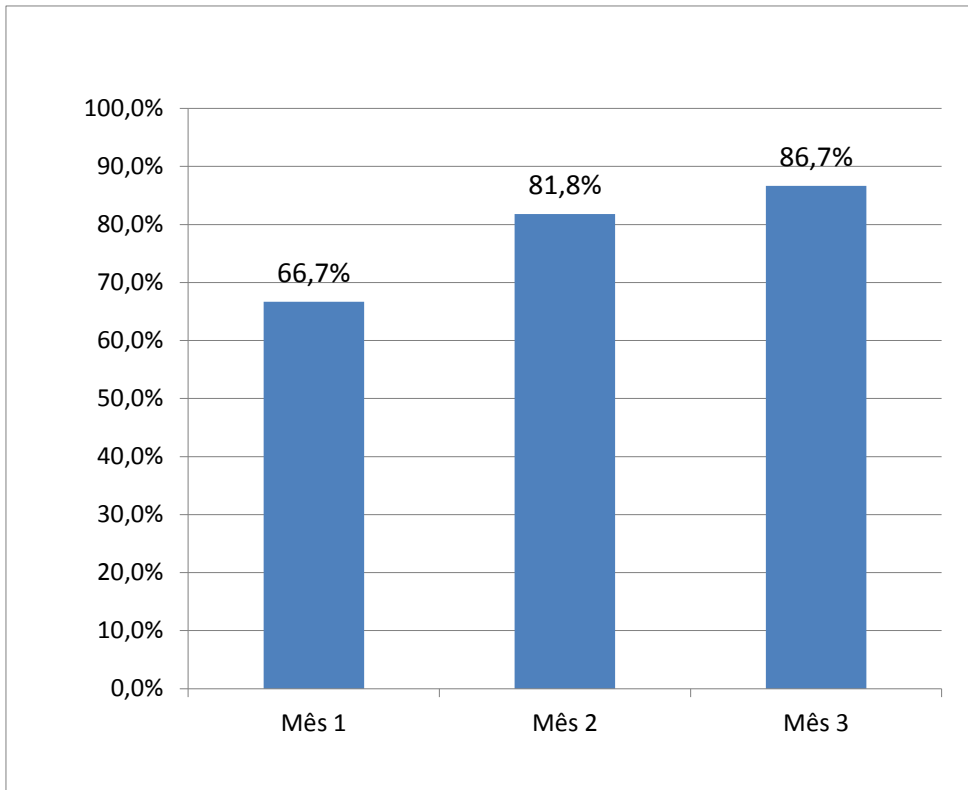


Figura 18- Gráfico indicativo da proporção de DM adultos moradores locais com orientação sobre riscos do tabagismo no programa. Canguçu 2014

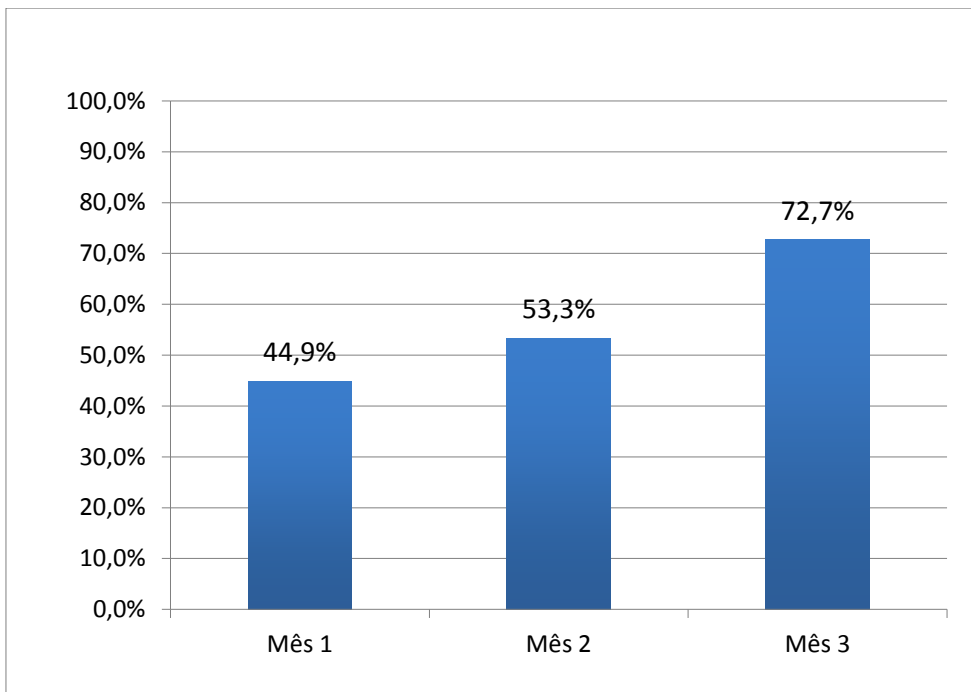


Figura 19- Gráfico da proporção de HAS adultos moradores locais com orientação sobre higiene bucal no programa. Canguçu, 2014

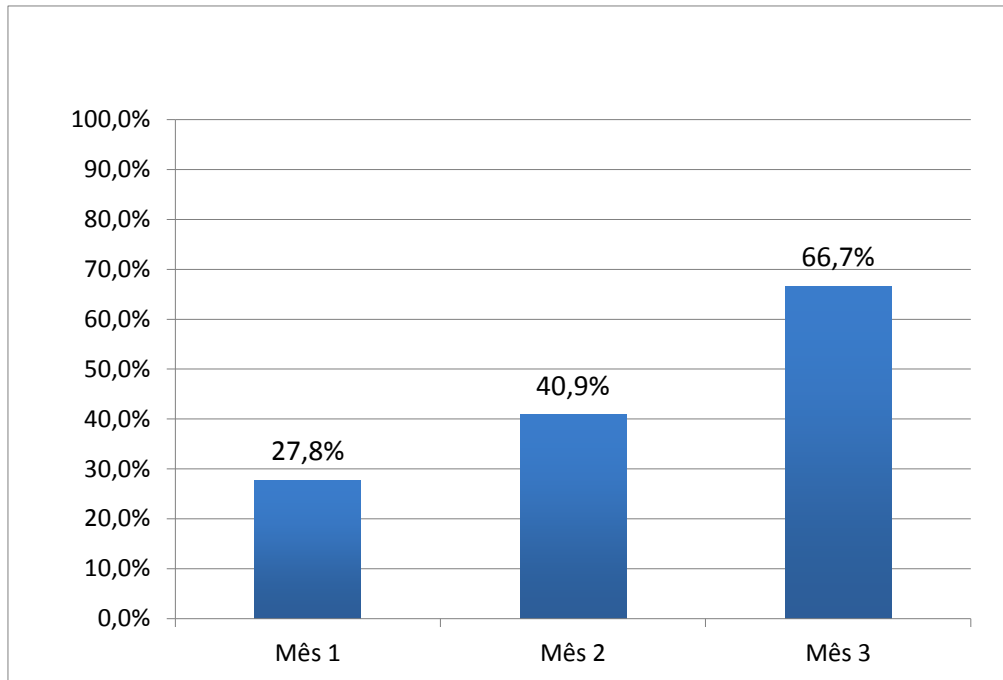


Figura 20- Gráfico da proporção de DM adultos moradores locais com orientação sobre higiene bucal no programa. Canguçu, 2014

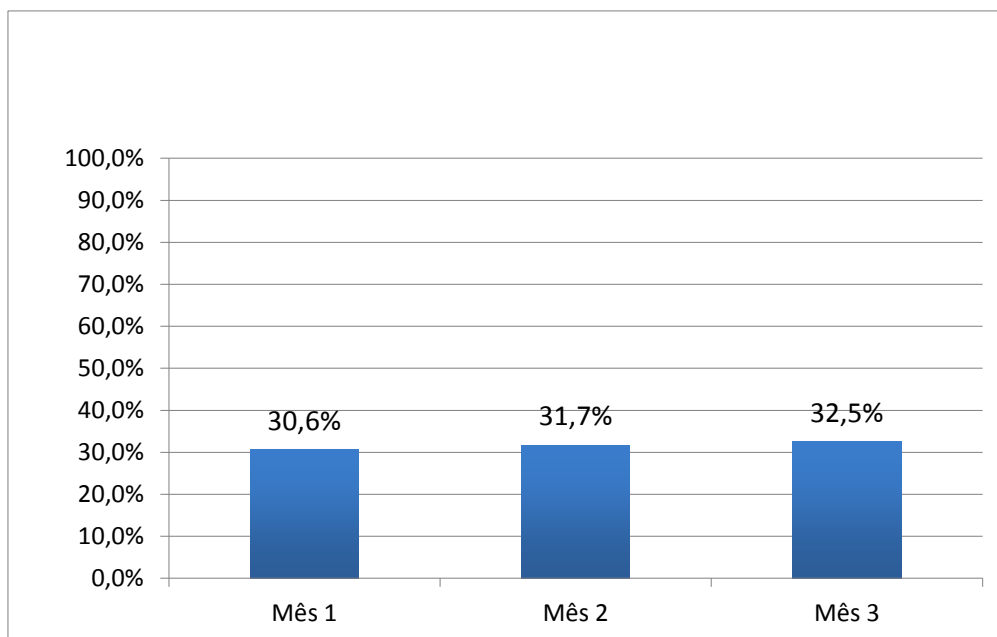


Figura 21- Gráfico da proporção de HAS adultos moradores locais com avaliação sobre saúde bucal no programa. Canguçu, 2014

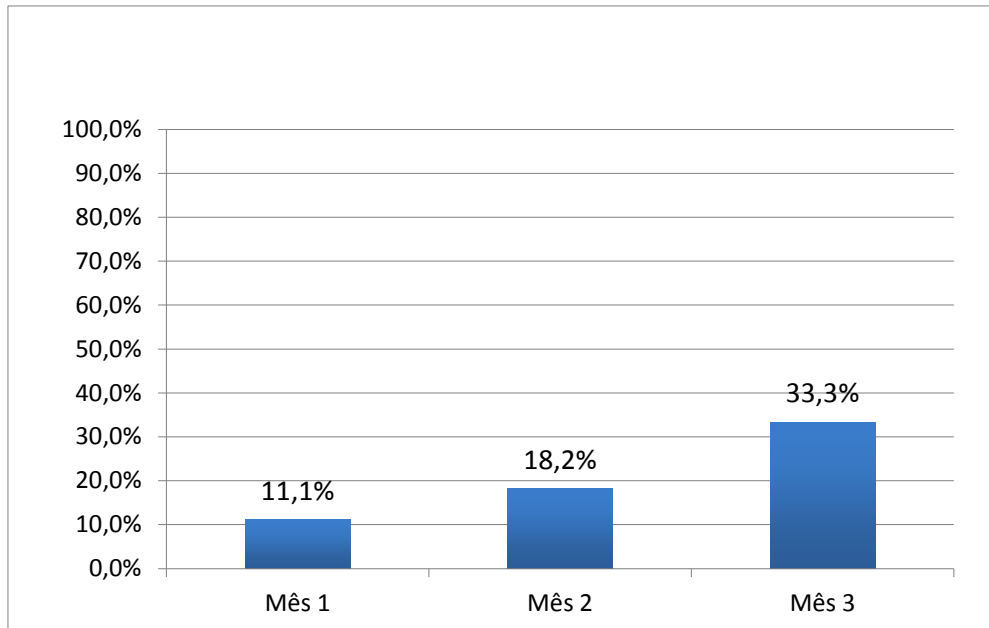


Figura 22-Gráfico da proporção de DM adultos moradores locais com avaliação sobre saúde bucal no programa. Canguçu, 2014

A única meta alcançada, e não menos importante, foi a que relaciona a distribuição das medicações para hipertensão/diabetes de forma integral pelo Sistema Único de Saúde ou Farmácia Popular, aos usuários cadastrados. Os usuários diabéticos mantiveram-se com 100% das prescrições pelo SUS durante os três meses de intervenção (variando em termos quantitativos em 17 no 1º mês, 22 no 2º mês e 30 no 3º mês). Já os usuários HAS tiveram pequenas variações (98% ou 42 pessoas no primeiro mês para 96,7% ou 58 pessoas no segundo mês) até atingir, também os 100% das prescrições via SUS, ou seja 77 usuários.

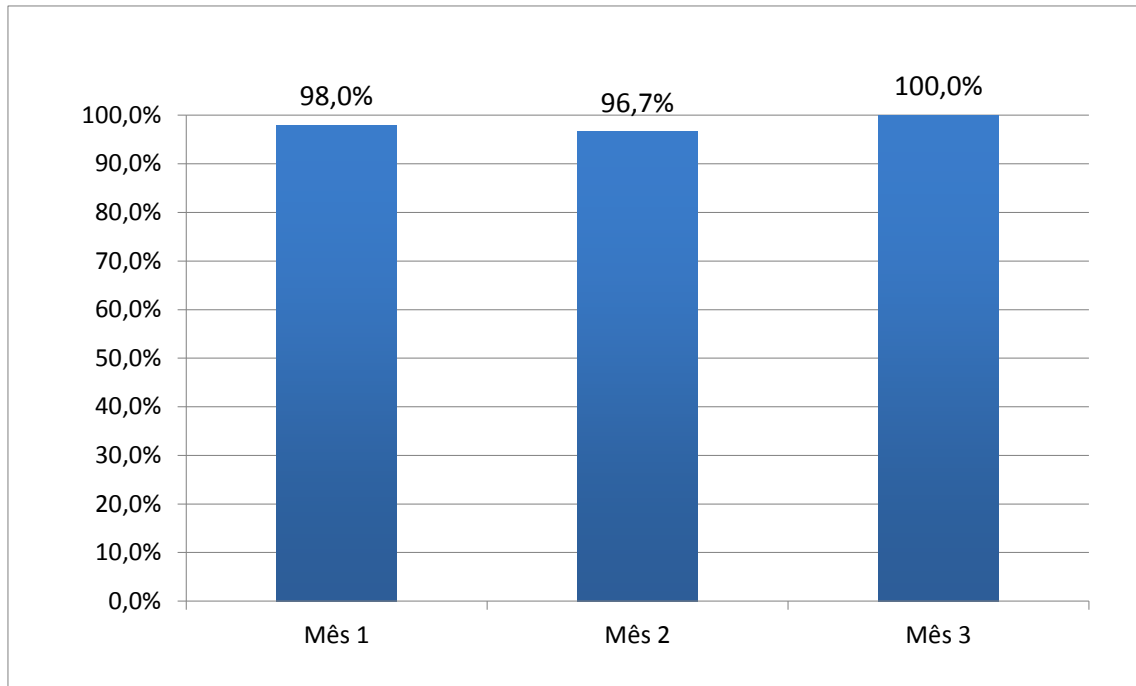


Figura 23- Gráfico da proporção de HAS adultos moradores locais com medicações distribuídas via Sistema Único de Saúde no programa. Canguçu, 2014

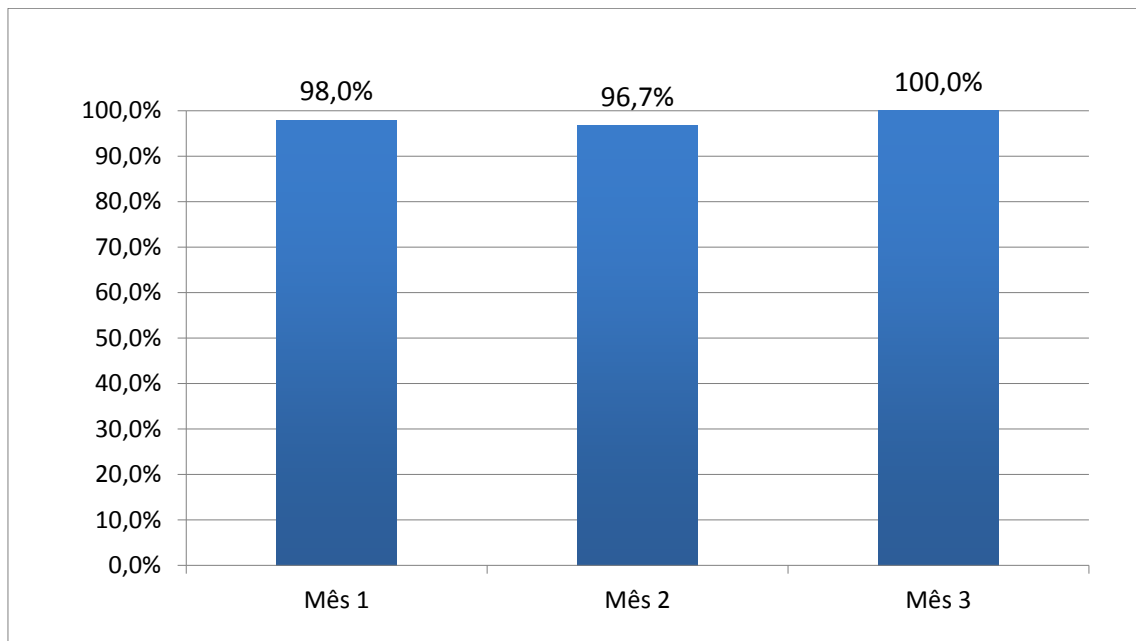


Figura 24- Gráfico da proporção de DM adultos moradores locais com medicações distribuídas via Sistema Único de Saúde no programa. Canguçu, 2014

4.2 Discussão

A intervenção na Unidade Básica de Saúde (UBS) Nova Gonçalves propiciou a ampliação da cobertura dos adultos hipertensos e diabéticos da comunidade, através da organização dos registros de atendimento com dados clínicos e laboratoriais, bem como a posterior classificação de risco cardiovascular destes usuários. Nosso grande mérito foi a padronização das medicações dos usuários do grupo, com a distribuição integral via Sistema Único de Saúde.

Nossa equipe, mesmo com problemas internos (pela falta de profissionais auxiliares e pelo afastamento da Enfermeira), teve a oportunidade de capacitação no atendimento aos usuários hipertensos/diabéticos seguindo os protocolos do Ministério da Saúde (Cadernos de Atenção Básica 36- Diabetes Mellitus e 37- Hipertensão Arterial) e da Sociedade Brasileira de Cardiologia (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial). O trabalho integrado parcialmente entre os profissionais da equipe da Unidade (Médico, Dentista, Enfermeiro, Técnica de Enfermagem), devido à sobrecarga que o médico, coordenador do projeto de pesquisa, se submeteu e pela ausência (e posterior recusa) da Enfermeira de exercer a atividade de registro e orientação que lhe é cabida (ficando somente com a parte de exames clínicos de enfermagem e preenchimento de prontuários). Na verdade tal atitude, não exerceu tanto impacto nos resultados finais, pois o dentista prontamente se encarregou de acumular essa função, além da parte das avaliações e das orientações sobre saúde bucal.

Antes da intervenção, as atividades de atenção aos hipertensos e diabéticos concentravam-se somente na distribuição das medicações e no cadastro de usuários do antigo programa Hiperdia (33 usuários anteriormente cadastrados), pois não havia nem médico ou dentista trabalhando na UBS. As prescrições tinham de ser feitas por profissionais da saúde suplementar ou então por médicos do Pronto Atendimento/Pronto Socorro Municipal e o atendimento odontológico inexistia. Com o início da intervenção, dia 10/03/2014, iniciou-se o atendimento com exames físicos, a solicitação dos exames laboratoriais e o início do trabalho em grupo mensal, que exigiu nova estruturação da Unidade (com a implementação de uma sala para reuniões com os usuários, a organização dos prontuários clínicos/odontológicos e das fichas espelho específicas aos participantes do grupo, além da organização de uma sala para atendimento odontológico).

O impacto da intervenção é extremamente visível e percebido pela comunidade, pois apesar de não termos cadastrado 100% dos usuários Hipertensos (HAS) ou diabéticos (DM), a procura pela participação das reuniões permanece, além do aumento do interesse da população pelo rastreamento com exame físico e/ou laboratorial. Durante a revisão do Trabalho de Conclusão (janeiro 2015) foi sugerido pelos orientadores que tal meta de cadastramento de 100 % da população diabética e hipertensa (em torno de 600 pessoas) deveria ter sido estipulada em 25 % na fase de Análise Estratégica. Tal sugestão, foi mal entendida pelo coordenador do Projeto que apresentou o trabalho modificando essa meta e confundindo o recado da orientação. Entretanto, tal viés de confusão não alterou os resultados finais, somente que se a meta de 25 % tivesse sido estipulada desde o início o grupo de diabéticos estaria contemplando tal objetivo com 26% de usuários cadastrados. Outro fator confusional, foi o fato da utilização dos dados cadastrais do Programa Hiperdia 2013 com a inclusão automática dos dados de 32 usuários a partir da sugestão do próprio gestor municipal (Secretaria de Saúde), sendo que deste grupo seis pacientes não atenderam aos chamados via rádio e por telefone e não compareceram a Unidade (ou pelo menos não passaram por consulta clínica, de enfermagem ou odontológica) durante as doze semanas da coleta de dados para a intervenção.

Todos 88 usuários do grupo (77 HAS, 30 DM e 20 com ambas patologias) apresentaram melhora e estabilização do quadro clínico, além de terem sido exaustivamente orientados, mesmo fora dos dias de reunião do grupo, a incorporarem o tratamento não medicamentoso nas suas rotinas diárias. Somente uma usuária solicitou o desligamento das atividades do grupo, entretanto tal paciente segue procurando os serviços da Unidade regularmente. Apesar da intervenção, ainda temos usuários a serem cadastrados (sendo que atingimos 20% da cobertura), fato este que poderia ser resolvido com a implementação do Sistema de Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Unidade, consequentemente com a contratação de Agentes Comunitários da Saúde (ACS) que poderiam fazer a busca ativa destas pessoas faltosas. Não foi observada insatisfação na comunidade com a priorização aos usuários HAS e/ou DM, pois utilizamos o chamamento via rádio local para organizarmos com antecedência os atendimentos nos turnos das reuniões - que resume-se aos participantes do grupo e às possíveis e raras emergências de outros usuários.

A intervenção poderia ser melhor facilitada, dentro dos nossos limites, se houvesse maior enfoque na qualificação do preenchimento dos registros pelos demais trabalhadores da UBS evitando assim a sobrecarga do médico/coordenador nesta tarefa. Sabendo que a Enfermeira não pode participar ativamente das tarefas educacionais, a gestão municipal poderia substituí-la por outra profissional nos dias das reuniões, entretanto tal fato foi rechaçado após reunião com a equipe. Com relação ao dentista, sua participação só não foi maior devido a recusa dos participantes do grupo de serem avaliados sob alegação de que já vinham em acompanhamento com outro profissional. Vale ressaltar, que mesmo assim não deixamos de fazer a parte da orientação sobre a higiene bucal (que atingiu cerca de 70% dos usuários, 56 hipertensos e 20 diabéticos) e também agendamos retornos aos interessados onde observamos um grande grupo de usuários com próteses dentárias e com patologias associadas ao diabetes e a hipertensão (candidíase bucal, descalcificação óssea, etc.), posteriormente devidamente tratados.

A viabilidade da incorporação da intervenção no serviço da UBS, fica sob responsabilidade do gestor, diante do fato de que os contratos dos profissionais (dentista, técnico de enfermagem e médico) estão findando e novo concurso ainda não foi anunciado. Os registros dos usuários cadastrados seguem semanalmente sendo atualizados e as reuniões com os integrantes seguem com agenda de realização mensal até o término do contrato do médico (Março 2015) e coordenador da intervenção.

A partir do novo processo seletivo, pretendemos contar já com os ACS que farão a busca ativa, com a ampliação da população alvo. Pretendemos, também, ampliar a atenção aos usuários escolares e pré escolares, que já vem sendo realizada de modo parcial na Unidade de Saúde auxiliar Santa Barbara, para posteriormente implementarmos nas Unidades a assistência em puericultura e em pré-natal, pois a população local permanece resistente em nos procurar para tais atividades.

4.3 Relatório da Intervenção à Comunidade

Desde o dia seis de março de 2014, quando assinei o contrato de trabalho, responsável em realizar uma tarefa de intervenção na cidade de Canguçu, Rio Grande do Sul. Quando iniciei os trabalhos, na semana seguinte, fomos a Unidade Básica de Saúde (UBS) Nova Gonçalves eu (médico), a enfermeira e o motorista, onde encontramos uma sede ampla em espaço físico e com uma demanda de usuários bem considerável, mas vazia em recursos e organização. Até a minha chegada a Unidade servia como simples depósito de “algumas” medicações que eram entregues após serem prescritos fora da UBS. O local estava sem médico há um bom tempo (em torno de três meses), e conseguimos a partir disso realizar um trabalho que trará bons frutos e mais resultados futuros (rastreamento e estabilização) para a comunidade local.

Ao longo dos meses fui notando a presença considerável de usuários adultos com problemas cardíacos e com história pessoal ou familiar de infartos ou isquemias cerebrais, fato este que me facilitou na escolha da população alvo da intervenção em Hipertensão e Diabetes. No mês de maio nosso Dentista iniciou seu trabalho conosco e em Julho a técnica de enfermagem também se juntou a nós nessa jornada. Em Agosto, iniciamos os anúncios e convites via rádio (já que não contamos com Agentes Comunitários da Saúde) para incentivar usuários a participar de reuniões mensais onde, a princípio conversaríamos em conjunto sobre a importância do cuidado e os “perigos” (riscos) dessas doenças. A primeira reunião ocorreu dia 25/08/2014, onde organizamos uma sala própria para tal evento com apresentação multimídia e também examinamos os sinais vitais, orientamos sobre saúde bucal e analisamos os resultados dos exames laboratoriais de cada paciente. Abrimos espaço para discussões em conjunto sobre os porquês da má adesão ao tratamento e da importância do cuidado na alimentação/exercício físico e dos riscos do tabagismo.

Passados oito meses, aquele projeto que “era uma semente tornou-se uma planta” (igual ao pé de tabaco que a comunidade cultiva após o mesmo período de tempo) e hoje contamos com 88 pessoas cadastradas (77 hipertensos, 30 diabéticos e 20 com ambas doenças) participantes do grupo, mesmo que a comunidade se encontre em plena zona rural, ou seja, há 70 quilômetros da zona urbana. Nossa Unidade agora conta com sala de reuniões, medicações intramusculares e endovenosas para possíveis emergências, além de prontuários odontológicos, médicos e também as

fichas espelho dos usuários do grupo. Também equipamos a sala de espera com novas cadeiras e adquirimos armários para armazenagem em separado de prontuários/ fichas de requisição de exames e para os demais materiais (ver anexos na página 77), além de ventiladores e estufas.

Como resultados do grupo, os usuários atingiram as metas de diminuição de peso/estabilização da pressão e da glicemia (com algumas exceções, é claro) e, por consequência diminuição de risco dos eventos cardiovasculares. Nosso principal ganho foi o alcance da taxa de 100% das medicações distribuídas pelo Sistema Único de Saúde aos participantes do grupo, obviamente interligado aos índices de 90% exames clínicos em dia e de 60% dos exames laboratoriais igualmente atualizados.

A população tem demonstrado interesse na continuação da atividade, com o retorno dos usuários já cadastrados e com a solicitação de novas adesões para participação das reuniões que realizam-se mensalmente de modo contínuo neste ambiente. Um outro dado, é o de que as reuniões realizadas na Unidade foram devidamente registradas conforme as fotos 1, 2 e 3 abaixo.

Baseado nesse apoio da comunidade local, agradeço pela confiança que foi depositada em mim e nos meus colegas da Unidade, lembrando que as nossas atividades não terminam por aqui.



Foto 1 – Foto do grupo de Hipertensão e Diabetes 2014 na Unidade Básica Nova Gonçalves, Canguçu-RS



Foto 2 – Foto do grupo de Hipertensão e Diabetes 2014 na Unidade Básica Nova Gonçalves, Canguçu-RS



Foto 3 – Foto do grupo de Hipertensão e Diabetes 2014 na Unidade Básica Nova Gonçalves, Canguçu-RS

4.4 Relatório da Intervenção aos Gestores

Tendo em vista o serviço realizado no segundo distrito de Canguçu, mais especificamente na zona que tem como sede a Unidade Básica de Saúde Nova Gonçalves, venho por meio deste relatório informar a real situação da intervenção nos usuários moradores locais com 20 anos ou mais participantes do Grupo de Intervenção em Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

Como já é sabido, nosso trabalho iniciou no dia seis de Março de 2014, com a assinatura do contrato e a designação para o serviço no local. Iniciamos o trabalho na semana seguinte, onde encontramos uma UBS com amplo espaço físico com grande demanda de usuários clínicos adultos, entretanto com estrutura deficitária e pouca procura por atendimentos pediátricos, ginecológicos e obstétricos. Baseado nessa constatação epidemiológica, decidimos (eu como médico, a enfermeira e a Técnica de Enfermagem) após ampla discussão registrada em ata que o foco da intervenção da pós graduação sob minha coordenação, deveria basear-se no público hipertenso e diabético adulto.

A partir do mês de Maio de 2014, passamos a contar com um odontólogo e em Agosto juntou-se a equipe uma nova técnica de enfermagem (após perda da outra técnica em enfermagem para outra equipe de saúde). Assim, iniciamos os convites via rádio local para participação do grupo educativo, já que não contamos com Agentes Comunitários da Saúde (ACS) na equipe para realizar as buscas ativas. Após as quatro semanas iniciais, já com 40 usuários, fizemos a primeira reunião na UBS. Foi organizada uma sala com cadeiras novas para a atividade de reunião onde discutimos basicamente sobre a importância da adesão ao tratamento, sobre os tipos de tratamento e sobre os riscos das patologias em questão (de acordo com o Protocolo dos Cadernos de atenção Básica 31-Hipertensão e 32-Diabetes, do Ministério da Saúde 2013). Abrimos espaço para discussão do grupo (ver fotos 4 e 5 abaixo) para cadastros de novos usuários, para o preenchimento novas Fichas Espelho e para posteriores exames físicos e odontológicos. Tal atividade se repetiu mensalmente nas Unidades e eventualmente nos salões comunitários (ver foto 5 abaixo), quando reservamos o turno da tarde para o atendimento a tais usuários hipertensos (HAS) e diabéticos (DM).

Como resultado, já contamos com o cadastro de 88 usuários (sendo 77 unicamente hipertensos, 30 diabéticos e 20 com ambas patologias), o que significa percentualmente o alcance de 16,9% dos HAS adultos residentes locais (77 de 456 pessoas) e de 26,5% dos DM residentes locais (30 de 113 pessoas). Tais números seguem crescendo semanalmente com a procura e os novos cadastros na UBS, sendo que o índice de faltosos após chamamento de busca ativa atinge os níveis de 40% nos hipertensos (28 de 69 usuários) e de 52% nos diabéticos (14 de 27 pessoas); o que reforça a necessidade de contratação de ACS para a Unidade para, sobretudo fortalecer os dados da nossa intervenção.

Como grandes objetivos alcançados, temos os 100% de prescrição de medicação distribuída via Sistema Único de Saúde (SUS) e os 95 e 90% de proporção de hipertensos e diabéticos, respectivamente, com orientações recebidas sobre a importância do tratamento não medicamentoso (nutrição adequada, prática exercício físico e cessação do tabagismo) de tais patologias. Os exames clínicos foram realizados de acordo com o protocolo em 92% dos DM (71 dos 77 usuários) e em 83% dos DM (25 dos 30 usuários); além do preenchimento adequado com os exames laboratoriais terem atingido o valor de 67% dos HAS (52 do total de 57 pessoas) e de 56% nos DM (17 de 30 pessoas), fazendo com que a estratificação de risco de evento cardiovascular alcance até o momento 50% dos usuários com DM (ou seja, 15 de um total de 30) e 67,5% dos usuários com HAS (52 de 77 pessoas). Em outras palavras, esses usuários do grupo conseguiram, a partir das reuniões, estabilizar seus níveis pressóricos e suas taxas de glicemia, diminuindo assim as chances de terem o Infarto Agudo do Miocárdio e os Acidentes Vasculares; o que torna imprescindível a manutenção e a ampliação de tal trabalho.

Conforme já publicado em edital em Dezembro/2014, um novo processo seletivo Municipal possibilitará a substituição ou renovação dos profissionais em fim de contrato (no caso do médico, do técnico de enfermagem e do dentista) por oito meses; entretanto mesmo que não haja reposição para alguma função tal atividade não pode de maneira alguma findar tendo em vista os eventos cardiovasculares os quais os usuários estão sujeitos a terem. Outros processos em andamento são os dos Programas de Valorização da Atenção Básica 2015 que poderiam garantir por mais 12 meses um novo médico, um novo dentista e/ou um novo enfermeiro; já o processo do Mais Médicos torna-se mais vantajoso pois possibilita um novo médico por mais 3 anos de contrato na Unidade. Vale ressaltar a importância da manutenção de uma

equipe permanente trabalhando na Unidade, para tomar conhecimento e poder administrar e manter as ações previamente desenvolvidas; além disso tal medida permite dar continuidade aos conhecimentos prévios (clínicos, familiares, comportamentais) dos usuários residentes locais.

Por fim venho agradecer pela parceria dos gestores municipais, que se comprometeram juntamente com nós servidores da saúde na melhoria das condições de saúde da população local, sendo que os resultados são, claramente, visíveis por todos.



Foto 4 - Foto do grupo de Hipertensão e Diabetes 2014 na Unidade Básica Nova Gonçalves, Canguçu-RS

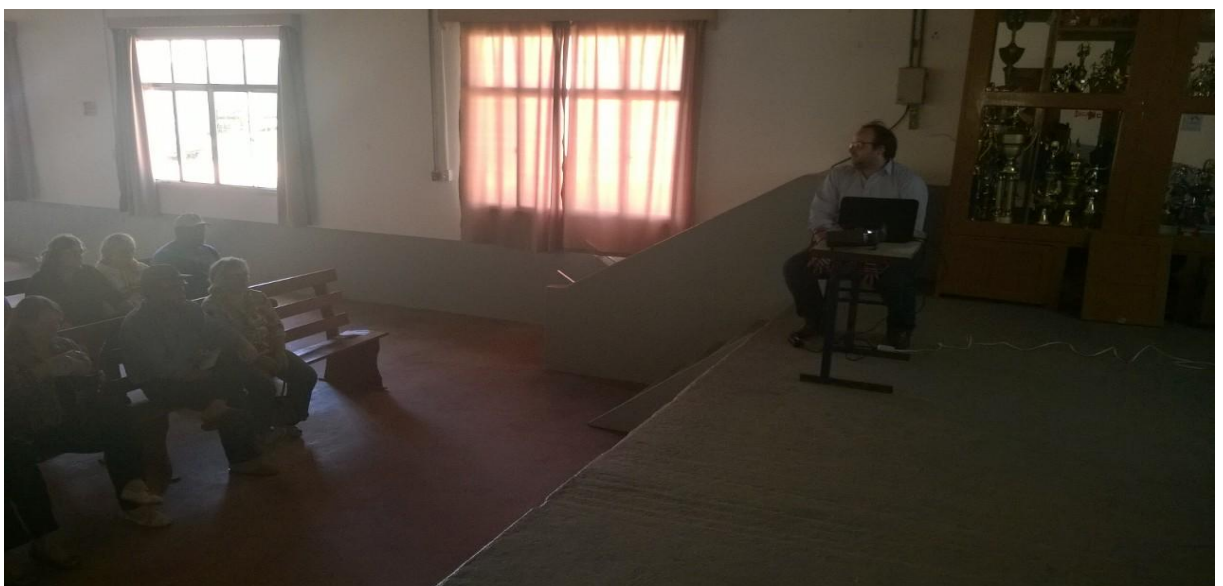


Foto 5 –Foto do grupo de Hipertensão e Diabetes 2014 da Unidade Básica Nova Gonçalves no encontro no Salão Comunitário Capão Bonito Iguatemi, Canguçu-RS

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao iniciar o Curso de Especialização em Saúde da Família Unasus – Ufpel, no dia quatro de Abril de 2014, esperava somente padronizar a entrega das medicações à população de abrangência da Unidade de saúde (fato que por fim foi alcançado), na medida em que a população recebesse somente medicação via Sistema Único de Saúde.

Entretanto, com o decorrer do curso, fui aprendendo sobre a importância do tratamento não medicamentoso na qualidade de vida desses Usuários. Pude notar que a educação continuada aplicada ao atendimento em grupo é uma grande arma para prevenção de doenças, pois os usuários podem discutir, debater, bem como compartilhar experiências entre eles e com os palestrantes sobre saúde.

A organização e padronização do processo de trabalho é de grande importância para a qualidade de atendimento. Isso pode ser visto na medida em que com uma melhor organização podemos observar mais detalhadamente os diferentes aspectos (como o peso, como o índice de massa corporal, ou então com a evidência de lesões como o pé diabético) em populações com uma mesma patologia (neste caso o diabetes, a hipertensão) e, assim poder corrigir com orientação adequada ou com, até mesmo, readequação medicamentosa.

O fato de não contarmos com uma equipe de saúde completa refletiu em um atendimento mais cuidadoso e explicativo (humanizado) na fase de triagem para o grupo, pois tínhamos não conseguir público para a fase de intervenção e isso trouxe aos encontros o interesse dos participantes (chegamos a 88 usuários no grupo),

inclusive com a presença de curiosos sem as patologias em questão (diabetes e hipertensão). Tal fato, me faz refletir que sempre devemos sempre tratar bem nossos usuários dando importância a anamnese e ao exame físico, evitando sempre que possível os métodos de exames complementares desnecessários.

Sou um profissional de saúde, e onde quer esteja desempenhando minhas atividades de médico terei um olhar diferenciado sobre o ser humano que estiver sob minha responsabilidade, mesmo que as condições de trabalho não sejam as mais adequadas ou que a equipe de serviço não esteja tão unida. Posso dizer que tive um amadurecimento profissional neste ano que passou, pois pude ver que na saúde pública podemos resolver (ou estabilizar) a grande maioria dos problemas dos usuários dependendo somente do compromisso, responsabilidade e organização por parte dos servidores, dos usuários e dos gestores.

6 Referências Bibliográficas

Andrade, Jadelson Pinheiro de e colaboradores. Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51.

Pinto, Hélder Aurélio e colaboradores. Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Diabetes Mellitus. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília. Ministério da Saúde, 2013.160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

Pinto, Hélder Aurélio e colaboradores. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37). ISBN 978-85-334-2058-8.

Oliveira, José Egídio Paulo de e colaboradores. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes: 2013-2014/ Sociedade Brasileira de Diabetes. São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

Marcello Casaccia Bertoluci, Augusto Pimazoni-Netto, Antonio Carlos Pires et al. Diabetes and cardiovascular disease: from evidence to clinical practice – position statement 2014 of Brazilian Diabetes Society. Diabetology e Metabollic Syndrome 2014 6:8.

Carrara, Katcha Marie. Fatores que interferem na estratégia de educação à saúde para o usuário portador de hipertensão arterial e diabetes / Factors that interfere in the strategy of health education for the user bearer of arterial hypertension and diabetes. Mandaguçu; s.n; 2003. 61 p. ilus, tab. LILACS | ID: lil-438123.

Lemos, Diana M; Fundão, Luciana N; Ferreira, Maria Virgínia L; Mill, José Geraldo. Redução quantitativa do risco cardiovascular no tratamento da hipertensão arterial em Unidade do Programa de Saúde da Família / Quantitative reduction of cardiovascular risk produced by treatment of hypertension in patients attended in a community-based program. Rev. bras. hipertens; 13(2): 117-125, abr.-jun. 2006. tab. Artigo em Português | LILACS | ID: lil-435400.

Lima, Livia P. M; Gazetta, Claudia E. Análise do programa de controle de hipertensão arterial em Unidade Básica de Saúde da Família de São José do Rio Preto. Arq. ciências da saúde; 14(2): 92-98, abr.-jun. 2007. Artigo em Português | LILACS | ID: lil-490335.

Silva, Giselle Andrade dos Santos; Ribeiro, Lucíola Gondim; Silva, Thais Cristina Santos; Lopes, Maria Lúcia Holanda. Perfil de engajamento para o autocuidado em portadores de hipertensão arterial. Rev. RENE; 9(4): 33-39, out.-dez. 2008. Artigo em Português | LILACS | ID: lil-519415.

Santos, Eva Regina Domingos dos; Backes, Marli Terezinha Stein. Hipertensão arterial sistêmica: avaliando usuários de um grupo de educação de uma Unidade básica de saúde (São Paulo); 12(134): 326-332, jul. 2009. tab, illus. Artigo em Português | LILACS | ID: lil-521237.

Fontbonne, Annick e colaboradores. Controle dos Fatores de Risco nos hipertensos e Diabéticos acompanhados Pela Estratégia Saúde da Família não Estado de Pernambuco, Brasil: Estudo SERVIDIAH. Estudo SERVIDIAH.^{Eu} UMR 204 Nutripass, Institut de Recherche pour le Développement, Montpellier, França ^{II} Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Brasil ^{III} Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil. Cadernos de Saúde Pública vol.29 n.6 Rio de Janeiro junho 2013. Versão para impressão ISSN 0102-311X.

Vitor, Ricardo Sozo; Sakai, Fernando Koichi; Consoni, Paulo Roberto Cardoso. Indicação e adesão de medidas não farmacológicas no tratamento da hipertensão arterial / Directions and adherence to non-pharmacological measures for the hypertension treatment. Rev. AMRIGS;53(2):117-121, abr.-jun. 2009.

Renner, Suélen Barcelos Astarita; Franco, Rosecler Riethmüller; Berlezi, Evelise Moraes; Bertholo, Luciane Cristina. Associação da hipertensão arterial com fatores de riscos cardiovasculares em hipertensos de Ijuí, RS / Association of the arterial hypertension with cardiovascular risk factors in hypertensive from Ijuí, RS. Rev. bras. anal. clin;40(4):261-266, 2008. tab.

Camilo Molino Guidoni, Carolina Maria Xaubet Oliveira, Osvaldo de Freitas, Leonardo Regis Leira Pereira. Assistência ao diabetes no Sistema Único de Saúde: análise do modelo atual. Departamento de Ciências Farmacêuticas, Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Brazilian Journal of Farceutical Sciences, vol 45, nro 1, 2009.

Juliana Graciela Vestena Zillmer, Eda Schwartz, Rosani Manfrin Muniz, Lilian Moura de Lima. Avaliação da Completude das Informações do Hiperdia em uma Unidade Básica de Saúde do Sul do Brasil. Ver. Gaucha Enfermagem, Porto Alegre- RS, 2010 jun, 31 (2)240-6.

Terezinha Rodrigues Silva, Chaie Feldman, Maria Helena A. Lima. Controle do diabetes melitus e hipertensão arterial com grupos de intervenção educacional e

terapêutica em seguimento ambulatorial em uma Unidade Básica de Saúde. Saúde e Sociedade V.15, n.3, p.180-189, set-dez 2006.

Luciano Burigo de Souza, Regina Kazue Tanno de Souza, Maria José Scochi. Hipertensão Arterial e Saúde da Família: Atenção aos Portadores em Município de Pequeno Porte na Região Sul do Brasil. Universidade Estadual de Maringá- Londrina, PR. Arquivo Brasileiro Cardiologia 2006;87: 496-503.

Pamela Miwa Matsumoto, Alessandra Rosa Biaggi Barreto, Karen Namie Sakata, Yara do Couto Siqueira, Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli, Lisiane Aparecida Fracolli. A educação em saúde no cuidado de usuários do programa automonitoramento glicêmico. Revista escola de enfermagem da Universidade São Paulo-USP 2012; 46(3):761-5.

Vera Lucia Rabello de Castro Halfoun, Denise da Silva Mattos, Ana Laura Barros Lauredo, Carolina Figueira Selorico, Juliana Montez Ferreira, Merian Paula Santos de Alburqueque. Aderência ao tratamento da hipertensão em uma unidade básica de Saúde. Revista APS 2012 jan/mar; 15(1): 14-20.

Santos, F.S, Oliveira, K.R, Colet, C.F. Adesão ao tratamento medicamentoso pelos portadores de Diabetes Mellitus atendidos em uma Unidade básica de Saúde no município de Ijuí/RS; um estudo exploratório. Revista Ciência Farm Aplic. 2010; 31(3) 223-227 ISSN 1808-4532.

Ricardo Bediran, Camilo de Léllis Carneiro Junqueira, Andréia Araújo Brandão. Metas pressóricas em diabéticos: evidências e recomendações. Revista Brasileira 2011;24(5):428-436 Setembro/outubro.

ANEXOS

ANEXO A – Documento do Comitê de Ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo C: Planilha de Coleta de dados

Planilha Coleta de dados HAS e DM- FINAL.xls [Modo de Compatibilidade] - Excel

Diogo Rech

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO

Normal Visualização da Layout Modos de Exibição Quebra de Página da Página Personalizados Modos de Exibição de Pasta de Trabalho

Mostrar

Zoom 100% Zoom na Seleção

Zoom

Dividir Ocultar Nova Janela Tudo Organizar Congelar Janela Redefinir Posição da Janela Alternar Janelas Janela

Macros

PRONTO

Dados da UBS

Mês 1

Mês 2

Mês 3

Indicadores

60%

11:35

07/01/2015

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16																					
17																					
18																					
19																					
20																					
21																					
22																					
23																					
24																					
25																					
26																					
27																					

Considerar o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

Considerar o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

OBSERVAÇÕES

Considere as pessoas que são **APENAS HIPERTENSOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as folhas de hipertensos!

Considere as pessoas que são **APENAS DIABÉTICOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

HIPERTENSOS

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção

Mês 1	Mês 2	Mês 3
48	60	77

DIABÉTICOS

Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção.

Mês 1	Mês 2	Mês 3
18	22	30

*Estimativa no território

População total

3000

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população)

Mês 1	Mês 2	Mês 3
2010		

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22, 7%) (VIGITEL, 2011)

Mês 1	Mês 2	Mês 3
456		

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)

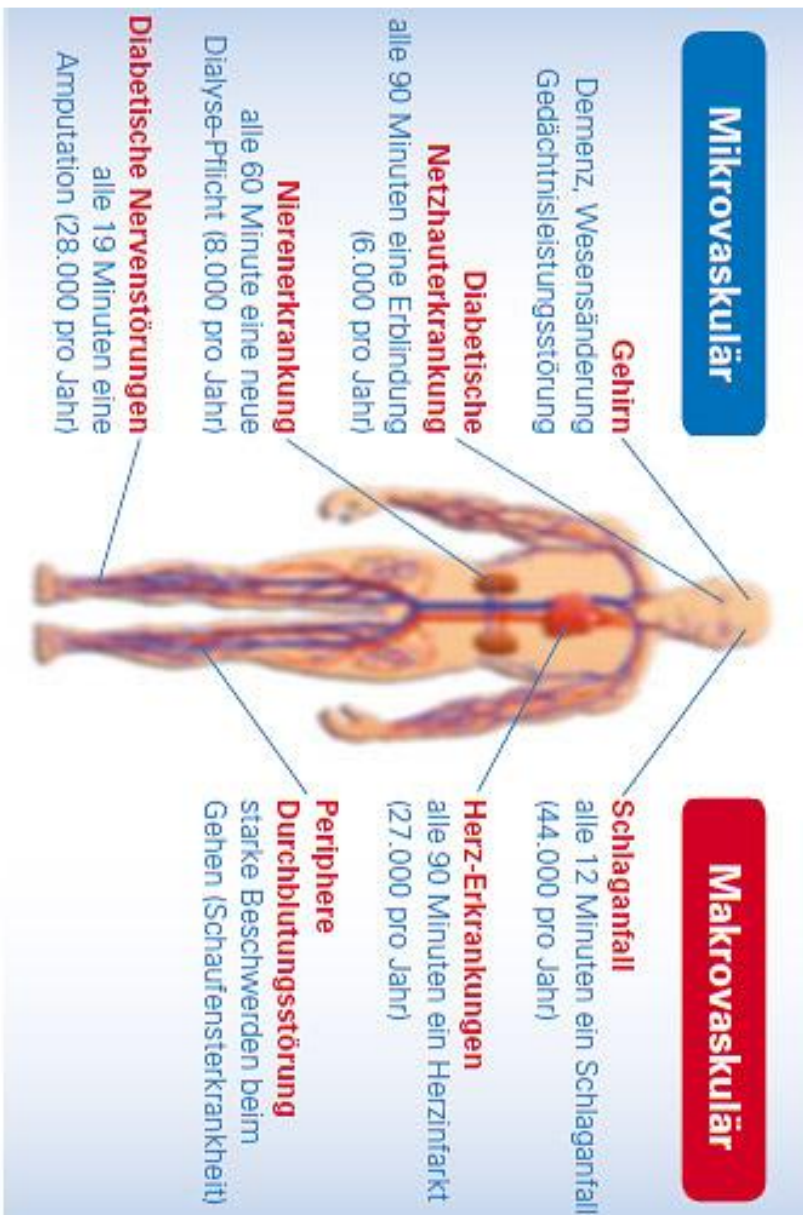
Mês 1	Mês 2	Mês 3
113		

Este será o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.

Este será o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

Digite a população total nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.

Anexo D – Cartaz utilizado nas atividades educativas



Anexo E- Cartaz utilizado nas atividades educativas

