

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 6**



**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS HIPERTENSOS E
DIABÉTICOS, ESF RONAY LORENTZ BRENNER,
SÃO SEPÉ /RS**

Andressa Medeiros Hoffmann

Pelotas, 2015

Andressa Medeiros Hoffmann

Qualificação da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos, ESF

Ronay Lorentz Brenner,

São Sepé /RS

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

Orientadora: Ana Paula Soares

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS

Catálogo na Publicação

H699q Hoffmann, Andressa Medeiros

Qualificação da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos, ESF Ronay Lorentz Brenner, São Sepé /RS / Andressa Medeiros Hoffmann; Ana Paula Soares, orientadora. – Pelotas: UFPeL, 2015.

73 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. Soares, Ana Paula, orient. II. Título

CDD 362.14

Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha orientadora Ana Paula Soares, ao meu noivo Fabio Westrupp e aos meus demais familiares, pois muitas foram as minhas ausências para que pudesse realizar um bom trabalho.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Gráfico indicativo de cobertura do programa de atenção à saúde do hipertenso.....	43
Figura 2: Gráfico indicativo de cobertura do programa de atenção à saúde do diabético.....	44
Figura 3: Gráfico indicativo de Proporção de exame clínico em dia do programa de atenção ao hipertenso.....	45
Figura 4: Gráfico indicativo de Proporção de exame clínico em dia do programa de atenção ao diabético.....	45
Figura 5: Gráfico indicativo de Proporção de exames complementares em dia do programa de atenção ao hipertenso.....	46
Figura 6: Gráfico indicativo de Proporção de exames complementares em dia do programa de atenção ao diabético.....	46
Figura 7: Gráfico indicativo de Proporção de prescrições de medicamentos da Farmácia popular priorizada em dia do programa de atenção ao hipertenso.....	47
Figura 8: Gráfico indicativo de Proporção de prescrições de medicamentos da Farmácia popular priorizada em dia do programa de atenção ao diabético.....	47
Figura 9: Gráfico indicativo de Proporção da necessidade de atendimento odontológico do programa de atenção ao hipertenso.....	48
Figura 10: Gráfico indicativo de Proporção da necessidade de atendimento odontológico do programa de atenção ao diabético.....	48
Figura 11: Gráfico indicativo de Proporção de faltosos às consultas com busca ativa do programa de atenção ao hipertenso.....	49
Figura 12: Gráfico indicativo de Proporção de faltosos às consultas com busca ativa do programa de atenção ao diabético.....	49

Figura 13: Gráfico indicativo de Proporção de usuários com registro adequado na ficha de acompanhamento do programa de atenção ao hipertenso.....	50
Figura 14: Gráfico indicativo de Proporção de usuários com registro adequado na ficha de acompanhamento do programa de atenção ao diabético.....	50
Figura 15: Gráfico indicativo de Proporção de usuários com estratificação de risco cardiovascular em dia do programa de atenção ao hipertenso.....	51
Figura 16: Gráfico indicativo de Proporção de usuários com estratificação de risco cardiovascular em dia do programa de atenção ao diabético.....	51
Figura 17: Gráfico indicativo de Proporção de usuários com orientação sobre alimentação saudável em dia do programa de atenção ao hipertenso.....	52
Figura 18: Gráfico indicativo de Proporção de usuários com orientação sobre alimentação saudável em dia do programa de atenção ao diabético.....	52
Figura 19: Gráfico indicativo de Proporção de usuários com orientação sobre prática de atividade física regular do programa de atenção ao hipertenso.....	53
Figura 20: Gráfico indicativo de Proporção de usuários com orientação sobre prática de atividade física regular do programa de atenção ao diabético.....	53
Figura 21: Gráfico indicativo de Proporção de usuários com orientação sobre os riscos do tabagismo em dia do programa de atenção ao hipertenso.....	54
Figura 22: Gráfico indicativo de Proporção de usuários com orientação sobre os riscos do tabagismo em dia do programa de atenção ao diabético.....	54
Figura 23: Gráfico indicativo de Proporção de usuários com orientação sobre saúde bucal do programa de atenção ao hipertenso.....	55

Figura 24: Gráfico indicativo de Proporção de usuários com orientação sobre saúde bucal do programa de atenção ao diabético.....55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS: Agente Comunitário de Saúde
AME: Ambulatório Médico de Especialidade
ASG: Auxiliar de Serviço Geral
CD: Crescimento e Desenvolvimento
CEO: Centro de Especialidade Odontológica
CEASI: Centro Estadual de Atenção à Saúde do Idoso
CEREST: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família
SUS: Sistema Único de Saúde
SIAB: Sistema de Informação de Atenção Básica
UBS: Unidade Básica de Saúde
USF: Unidades Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
1 ANÁLISE SITUACIONAL	11
1.1 <i>Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....</i>	11
1.2 <i>Relatório da Análise Situacional.....</i>	12
1.3 <i>Texto comparativo.....</i>	21
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO	23
2.1 <i>Justificativa.....</i>	23
2.2 <i>Objetivos e metas:.....</i>	24
2.2.1 <i>Objetivo Geral</i>	24
2.2.2 <i>Objetivos Específicos.....</i>	24
2.2.3 <i>Metas</i>	24
2.3 METODOLOGIA	26
2.3.1. <i>Detalhamento das ações:.....</i>	26
2.3.2 <i>Indicadores.....</i>	31
2.3.3 <i>Logística.....</i>	35
2.3.4 <i>Cronograma</i>	39
3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO	40
4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO	44
4.1 <i>Resultados</i>	44
4.3 <i>Relatório da intervenção para Gestores.....</i>	58
4.4 <i>Relatório da intervenção para Comunidade.....</i>	60
5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM	62
ANEXOS	64

RESUMO

HOFFMANN, Andressa Medeiros. **Qualificação da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos, ESF Ronay Lorentz Brenner, São Sepé /RS.** 2015. 73f.; il. Trabalho Acadêmico (Especialização) – Programa de Pós- Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

Este trabalho de conclusão do curso de especialização em saúde da família versa a intervenção ocorrida nos usuários hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde da Família (USF) Ronay Lorentz Brenner em Vila Block, município pertencente à cidade de São Sepé /RS. O projeto foi elaborado para planejar a execução da intervenção realizada com esses usuários. Foi realizada uma análise situacional da estrutura e organização das ações programáticas ofertadas na USF previamente ao início da intervenção. A partir da análise escolheu-se a intervenção com foco em usuários portadores de hipertensão e diabetes como prioritária sendo que a intervenção se pautou em quatro eixos: organização e gestão do serviço, monitoramento e avaliação, qualificação da prática clínica e engajamento público. Durante a intervenção foi realizado o cadastramento dos usuários da área, como também atividades de educação em saúde, visando a melhoria da qualidade de atenção em saúde aos usuários. A logística do projeto foi feita utilizando-se ficha-espelho específica em que se registrou os dados do usuário, medicações em uso, avaliação clínica e laboratorial e escore cardiovascular. O cronograma da intervenção teve uma duração de três meses, com realização de capacitação das agentes comunitárias de saúde e da equipe, atendimento clínico dos usuários, grupo de hipertensos e diabéticos, bem como realização de atividade visando a redução do subdiagnóstico nos usuários com fatores de risco para as referidas patologias. Não se conseguiu realizar os três grupos previstos no cronograma, porém o que foi realizado, conseguiu atender à todas expectativas dos usuários. Como resultados foram cadastrados e acompanhados 30.9% dos hipertensos e 68.4% dos diabéticos sendo a meta 25%. Conseguimos realizar o cadastramento de 96 hipertensos e de 57 diabéticos. A intervenção propiciou a ampliação da cobertura de atenção aos diabéticos e hipertensos, a melhoria dos registros, a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para classificação de risco de ambos os grupos. Houve também a melhoria do atendimento odontológico, a qualificação dos profissionais participantes, a melhoria dos acolhimentos e dos agendamentos, a realização da busca ativa aos faltosos de maneira eficiente, e o envolvimento da comunidade. Obteve-se um salto de qualidade na assistência aos usuários hipertensos e diabéticos, com benefício na qualidade de vida do usuário. Consideramos como positiva nossa intervenção, uma vez que permitiu melhoria da qualidade do serviço prestado, integração da equipe e melhoria nos principais indicadores de qualidade. Destacamos que essa ação programática está incorporada ao cotidiano do serviço.

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

APRESENTAÇÃO

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da ESF Ronay Lorentz Brenner, São Sepé/RS.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte observou-se a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte apresenta-se a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização do trabalho.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

1.1. Situação ESF

O município de São Sepé localiza-se no estado do Rio Grande do Sul. O município possui 24.721 habitantes, contando com cinco Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo elas: ESF Pontes, ESF Rural, ESF Quinze de Novembro, ESF Londero, ESF da Vila Block e duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, sendo elas: UBS Posto do Centro e UBS Ambulatório Central. O nosso município conta com o apoio de uma equipe de NASF e do CEO, ambos localizados na cidade junto à secretaria de saúde.

Sou Andressa Hoffmann, médica, e trabalho em um bairro que está vinculado a este município, chamada de bairro da Vila Block. Atuo num ESF, localizado nesse bairro, chamado Ronay Lorentz Brenner, a qual atende os mil habitantes da área adscrita.

A unidade na qual trabalho, apresenta uma infraestrutura insuficiente para atender a demanda, o que é uma deficiência que acredito ser um problema geral em várias unidades de nosso país. Uma das deficiências é a falta de estrutura para atender adequadamente aos portadores de deficiência, seja ela auditiva, visual ou especialmente física. Não dispomos de rampas, corrimãos, nem banheiros especializados, o que pode dificultar o acesso deste grupo de usuários. O fator positivo, é que como o número de habitantes da vila é menor, teoricamente contamos com menos pessoas acometidas pelas deficiências (até agora não atendi pessoas com nenhum tipo de deficiência). Não dispomos de sala de reuniões e não dispomos de copa. Nossa cozinha foi adaptada à uma sala existente na unidade. As

reuniões são realizadas na sala de espera quando não se tem paciente na unidade. Possuímos somente um consultório médico e um consultório de odontólogo. Possuímos sala de triagem, sala de procedimentos, sala de espera e recepção. Nossa equipe é formada por um médico, um odontólogo, uma técnica de enfermagem, duas agentes de saúde, uma secretária, uma auxiliar de serviços gerais e uma auxiliar de saúde bucal. Não temos enfermeiro na equipe e isso é um problema grave que enfrentamos. Nosso gestor sabe das deficiências existentes, sempre se demonstrando interessado em resolver os problemas e sempre nos dando apoio para o que for preciso.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de São Sepé localiza-se no estado do Rio Grande do Sul. O município possui 24.721 habitantes, contando com cinco Unidades Básicas de Saúde com Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo elas: ESF Pontes, ESF Rural, ESF Quinze de Novembro, ESF Londero, ESF da Vila Block e duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) tradicionais, sendo elas: UBS Posto do Centro e UBS Ambulatório Central. O nosso município conta com o apoio de uma equipe de NASF e do CEO, ambos localizados na cidade junto à secretaria de saúde.

A atenção especializada no município conta com pediatra, cardiologista, e gineco-obstetra. Os usuários quando necessitam de consulta oftalmológica vão até o município de Faxinal do Soturno, localizado à cerca de 60 km. Quando necessita-se de neurologista infantil os usuários precisam se dirigir ao município de Restinga Seca localizado à 50 km e quando precisa-se de Psiquiatra infantil é necessário ir à São João do Polêsine, que se localiza próximo à Restinga Seca. Para todas as demais especialidades é preciso que o médico do ESF preencha uma ficha de referência-contrareferência o qual é autorizado pela secretaria de saúde. Dessa forma os usuários são encaminhados ao Hospital Universitário de Santa Maria, localizado na cidade de Santa Maria a 50 km do município de São Sepé. Daí então, os usuários, entrarão na fila de espera até que sejam agendados para consulta.

Quanto ao Serviço Hospitalar, São Sepé conta com o Hospital Santo Antônio, o qual atende os casos de urgência e emergência, que geralmente fogem da alçada dos profissionais que atuam nas unidades básicas de saúde, e também aos casos que necessitam de internação hospitalar. Também internam as gestantes

em trabalho de parto, as que têm intercorrências durante a gestação e as internam para que o obstetra realize o parto. Os casos de gestantes com gravidez de alto risco são encaminhadas ao Hospital Universitário de Santa Maria, para serem acompanhadas.

Quanto aos exames complementares, São Sepé fornece exames laboratoriais completos, exames de imagem (somente raio- x), eletrocardiograma e mamografia. Para a realização de Tomografia Computadorizada, assim como os demais exames de imagem, os usuários, através de um encaminhamento autorizam a marcação do exame em nossa secretaria de saúde e entram numa fila, onde serão chamados por ordem, para realizá-los em Santa Maria, no Hospital Universitário.

O ESF Ronay Lorentz Brenner está localizado no bairro Vila Block, que fica à 25 km da sede do município de São Sepé. Contamos com duas Agentes Comunitárias de Saúde (ACS). Nossa unidade é totalmente urbana, vinculada ao SUS, não tendo vínculo com nenhuma Instituição de Ensino.

Temos uma equipe bem pequena, composta por um médico, um odontólogo, uma técnica de enfermagem, uma secretária, duas ACS, e uma auxiliar de limpeza. Não dispomos de um enfermeiro (a), pois está por acontecer um concurso público em que teremos o cargo preenchido.

Contamos com sala de espera, sala de recepção, dois sanitários (um para os funcionários e um para usuários), sala de triagem, somente um consultório médico, um consultório de odontologia, uma sala de procedimentos, uma sala de vacinas e sala de farmácia. Não possuímos sala de nebulização, nem sala de reuniões, pois ainda não realizamos reuniões periódicas; não dispomos de copa, na verdade, adaptamos uma sala para copa, onde deixamos os mantimentos. Nossa estrutura não é completa e conta com algumas deficiências, porém nunca se deixou de realizar atendimento ou procedimentos que estivessem ao nosso alcance, em função da infraestrutura.

O que acredito ser uma deficiência, não só em minha unidade, mas em muitas de nosso país, é a falta de infraestrutura para atender a demanda de usuários deficientes, sejam eles, visuais, auditivos, ou físicos. Infelizmente, não dispomos de rampas com piso emborrachado e antiderrapante, nem corrimãos, nem banheiros especializados para deficientes.

Quanto aos insumos minimamente necessários para atuar, fui surpreendida, pois dispomos de estetoscópio, esfigmomanômetro, balanças infantil e adulta,

termômetro, otoscópio, oftalmoscópio, materiais para exame de pré-câncer como: espéculos, escova de Ayre, espátulas, algodão, gases, pinças, lâminas, fixador. Possuímos também bisturi, fios de sutura, álcool, enfim, todo o necessário, e ainda somos reabastecidos adequadamente sempre que algo está em falta, ou que alguma coisa está fora do prazo de validade. Quanto aos medicamentos, temos àqueles que são básicos para tratar hipertensão arterial, insuficiência cardíaca, asma/doença pulmonar obstrutiva crônica, infecções bacterianas, infecções parasitárias, dores em geral, enfim. Possuímos antibióticos, analgésicos comuns, antitérmicos, laxantes, anti-inflamatórios simples, anticoncepcionais orais e injetáveis, vacinas e assim resolvemos a grande maioria dos casos do nosso dia-a-dia.

Uma das atividades que ainda não está em vigência, mas que acho de extrema importância é a realização de grupos para saúde do idoso, saúde da mulher, saúde da criança, saúde dos diabéticos e hipertensos. A ação em educação em saúde que realizamos acontece na sala de espera voltada para portadores de hipertensão e diabetes mellitus e no momento do acolhimento. Faz-se a aferição da pressão sempre antes das consultas e quando alterado, automaticamente eu já ajusto as doses e quantidade das medicações. Estas são então distribuídas e nossa técnica que está cursando enfermagem, frisa diversas orientações aos nossos usuários, quanto ao horário e uso correto das medicações. Creio que quando a execução dos grupos entrar em vigor, haverá maior integração entre a comunidade e a equipe de saúde, como aprimoramento e educação da população sobre diversos assuntos.

A nossa área adscrita possui mil habitantes (dados fornecidos pelo SIAB) com população predominantemente feminina. Nossa população é composta por crianças, jovens, adultos e idosos, predominando a faixa etária entre sessenta e setenta anos. Possuímos uma equipe de saúde da família, sendo essa quantidade adequada, pois uma equipe está capacitada para abranger até quatro mil habitantes, sendo o ideal, três mil habitantes. Devido a essa quantidade populacional, não temos excesso de demanda, podendo atender a população de forma organizada, num processo de demanda espontânea. Dentro desse padrão de atendimento, temos que contemplar os seguintes grupos populacionais, sendo eles: crianças e adolescentes, mulheres e gestantes, adultos (maioria diabéticos e hipertensos) e idosos.

Quanto à Saúde da Criança de 0-72 meses atendemos de forma agendada, conforme a demanda, para a realização de puericultura e demais intercorrências. Não dispomos de pediatra na unidade, por isso quem faz todos os atendimentos é o médico, sendo que as situações mais específicas da área são encaminhadas ao especialista. Nosso serviço conta com ações estruturadas de forma programática, porém não adotamos dentro da unidade nenhum protocolo ou manual técnico de atendimentos, nem possuímos registros específicos. O que temos são o prontuário clínico e a sistema de informação ambulatorial/SUS, onde ficam registrados os atendimentos e parâmetros alterados, os quais mais tarde alimentarão o sistema de primeira infância melhor (PIM). Devido a falta de registros pré existentes no ESF não foi possível estimar a cobertura aproximada que se tem dessa população. Os protocolos e manuais técnicos são adotados e seguidos pela enfermeira responsável pela saúde da criança, que atua no Posto do centro. Esta profissional recebe os dados de todos os atendimentos realizados nos ESF's do município, e nos casos que existam algum parâmetro alterado, e que necessitem de acompanhamento com o pediatra, essa criança é encaminhada automaticamente para o mesmo. Já as que têm condições de continuarem seu acompanhamento com o médico clínico na sua UBS de origem, assim permanecem fazendo-o.

Quanto à puericultura, é de suma importância, que este tipo de atendimento seja ofertado não só em minha unidade, como já é, mas em todas os ESF's do país. Durante o primeiro ano de vida conforme preconizado, realizamos no mínimo sete consultas (com sete dias de vida, com um mês, com dois meses, com quatro meses, com seis meses, com nove meses, com doze meses), pelo menos duas consultas no segundo ano de vida (dezoito e vinte e quatro meses), e depois uma por ano, próximo ao aniversário. Nossas crianças realizam as consultas e já saem das mesmas, com o retorno agendado. Durante a consulta priorizo muito bem o exame físico completo (peso, altura, ausculta pulmonar, cardíaca, avaliação do abdômen, exame neurológico, avaliação da genitália, visualização de reflexos, medida de perímetro cefálico e torácico), vejo se as vacinas estão em dia e realizo a marcação dos dados na caderneta infantil. Nos recém nascidos realizamos oftalmoscopia e caso tenhamos alguma queixa da mãe quanto ao aparelho auditivo encaminhamos para realização do teste da orelhinha, pois isso não fazemos na UBS. O teste do pezinho é feito no Posto do Centro até o sétimo dia de vida.

Oriento a mãe e aos familiares que acompanham a consulta, sobre a

importância do aleitamento materno e sua exclusividade até os 6 meses de idade, mostro a forma adequada da pega e posição para mamar às mães. Oriento sobre os riscos do uso de álcool e drogas por parte da mãe que estiver amamentando, oriento sobre a anticoncepção após o parto e o pessoal da enfermagem e auxiliares de enfermagem divulgam a importância de manter as vacinas em dia e controlam a data das próximas subsequentes.

Já com as crianças maiores, é necessário atentar para hábitos alimentares, visando os riscos da obesidade versus baixo peso, desenvolvimento neuropsicomotor, atentar sobre vacinação, orientar pais e responsáveis sobre acidentes e como evitá-los. Analisar cuidadosamente a curva peso versus estatura, idade versus peso e verificar se o trajeto da curva está em ascensão, declínio ou estagnado. Isso é válido para as crianças de todas as faixas etárias, ressaltado que na fase de dois aos cinco anos, as modificações das curvas tendem a ser maiores. Realizo o encaminhamento à psicologia, quando há qualquer sinal de alarme por parte da criança (perda do sono, perda do apetite, dificuldade escolar, dificuldade de ganho de peso), ou por parte de algum familiar, de forma a agilizar o diagnóstico e minimizar os problemas.

Nossa população, me referindo aos pais ou responsáveis das crianças, comparecem às consultas e não atrasam seus retornos, bem como aos exames solicitados, fazendo com que o serviço progrida. Devido ao engajamento de minha equipe, que apesar de pequena, fazemos todo esse processo de forma automática, pois nossa área adscrita é menor e por isso, faz com que proporcionemos um atendimento qualificado.

No que tange ao atendimento pré-natal, quando uma mulher em período fértil chega à consulta referindo atraso menstrual, solicita-se o teste rápido de gravidez que dando positivo, é fornecido pela médica, o pedido do B- HCG sérico. Esse exame resultando positivo, encaminhamos a paciente à enfermeira da Saúde da Mulher que trabalha no Ambulatório Central, para que essa realize o cadastramento da gestante no sistema de informação de saúde da gestante (SISPRENATAL) e forneça a caderneta de pré-natal. A partir de então, a paciente retorna à nossa UBS para ser acompanhada até as 35 semanas, quando então passará a realizar o pré-natal diretamente com o obstetra, para acompanhamento quinzenal e depois semanal até o parto.

Em nossa unidade, não dispomos de protocolos ou manuais técnicos para

embasamento dos atendimentos no pré-natal, e os registros são feitos no prontuário, no SIA/SUS, e na caderneta das gestantes. Esses dados irão alimentar uma central de dados, chamada de livro de registro do SISPRENATAL que fica com a enfermeira da Saúde da Mulher. Esse livro de registro possui revisão semestral, onde inclui as gestantes novas do município, e então é enviado um relatório à nossa unidade com essas atualizações. Não existiam registros anteriores no ESF, por isso não foi possível estimar a cobertura pré existente.

Realizamos atendimento pré-natal em um dia da semana, que é devidamente agendado, não temos problema com excesso de demanda espontânea de gestantes em função do número de habitantes de nossa área adstrita. As gestantes que procuram atendimento pré-natal, o fazem pois realmente têm responsabilidade com sua saúde e com a saúde do bebê, apesar de muitas delas terem faixa etária entre quinze e vinte anos de idade. Por isso, não faltam às consultas, realizam os exames solicitados em dia, realizando o retorno na data estipulada. Conseguimos realizar a marcação de exames laboratoriais mensalmente e de ultrassom obstétrico conforme a idade gestacional da paciente.

Na primeira consulta, solicita-se exames de primeiro trimestre, questiona-se sobre a DUM, averigua-se a paciente apresenta calendário de vacinação em dia, pergunta-se qual a data do último pré-câncer, se existem queixas urinárias, intestinais, sexuais e de leucorréia. Faz-se exame especular, sendo esse realizado em todas as consultas, para analisar a presença ou não de leucorréia (sabemos que esta é um grande fator de risco para trabalho de parto prematuro) ou perda de líquido e para que estas sejam tratadas de forma adequada. Durante as demais consultas, realiza-se a solicitação de exames necessários, me disponho à ouvir dúvidas que esse período gera, faço exame físico completo (ausculta cardíaca, pulmonar, medida da altura uterina, ausculta de batimentos cardíacos), inspeção e palpação de membros inferiores em busca de edema, exame especular, toque vaginal, medida de peso e altura, e medida da pressão arterial.

Como não temos educador físico na unidade, oriento sobre a importância da realização de caminhadas leves e por não possuímos nutricionista, insisto numa alimentação balanceada, e de três em três horas, para que o nível sérico de glicemia não caia. Claro, que em casos de diabetes gestacional, usuáries hipertensas e/ou dislipidêmicas, encaminhamos ao serviço de nutrição disponível no município. Orioento a importância dos cuidados com a saúde bucal e da visita regular ao

odontólogo. Com isso nossa cobertura de pré-natal se torna eficiente e satisfatória, pois prezamos pelo trabalho multidisciplinar.

A mulheres acompanhadas para a realização de exames preventivos para câncer de colo uterino e para câncer de mamas realizam exames com a enfermeira da saúde da mulher que vai até a nossa unidade duas vezes por mês, para a coleta de CP. Durante essa consulta, que é previamente agendada, são normalmente realizada a coleta de exame citopatológico, o exame clínico das mamas e solicitado o exame de mamografia para as mulheres com mais de cinquenta anos, ou com mais de quarenta e que tenham história familiar de câncer de mama. Se houver algum caso de exame de mamas alterado, a enfermeira me solicita e encaminhamos a paciente ao ginecologista. Caso alguma paciente, queira solicitar exame de mamografia em atraso, durante a consulta clínica, é possível. Os registros das consultas e resultados de exames são feitos em um livro de Registro de coleta de CP e resultados que são armazenados no Ambulatório Central, junto com a enfermeira da Saúde da Mulher. Devido a inexistência de registros anteriores no ESF, não foi possível estipular a cobertura da ação programática.

Os resultados dos exames citopatológico vão direto para esse ambulatório e as usuárias são orientadas a retirá-los no ambulatório central. Em caso de exame alterado, a própria enfermeira, encaminha a paciente ao ginecologista. Quanto às mamografias, essas não possuem livros de registro. Se a mesma apresenta resultado alterado, já é feito o encaminhamento ao ginecologista.

Não há vínculo entre a paciente e a nossa unidade de saúde, quanto aos exames de rastreio, e isso gerou um grande problema ao responder ao questionário e ao preencher o caderno de ações programáticas, pois não se teve registros específicos da minha unidade para saber quantas usuárias estavam com seu exame atrasado em mais de seis meses, quantas estavam com seu exame alterado, quantas estavam com seu exame em dia e isso gera um problema pois não conseguimos avaliar se os pouco indicadores de qualidade estão entro da meta esperada ou não. Também não foi possível saber se a área de cobertura está com o valor aproximado ao valor estimado pelo caderno pois os registros mesmo centralizados foram falhos.

É necessário, haver uma remodelação no sistema do município, mas temos que achar um meio de intervir, pois essa maneira de trabalhar já vem de anos e pelo o que vem sendo analisado, nunca ninguém questionou ou interferiu. O modo que a

enfermeira responsável pela saúde da mulher faz para não perder o seguimento das usuárias com exames alterados, é contatá-las através da unidade de origem. É, indiscutível a necessidade rápida e precisa, da revisão desses registros, para que tenhamos dados consistentes para fazer um levantamento do perfil dessa população e também a reorganização dessa metodologia de trabalho. Creio que através de uma reunião com o gestor e adjunto e demais responsáveis pela saúde do município teremos algumas respostas para tantos questionamentos. Outro projeto que precisa ser colocado em prática é a realização de grupos para os cuidados da saúde da mulher, que abordem assuntos de entendimento simples e didático para que nossas mulheres consigam cuidar de sua saúde e sintam-se acolhidas.

A população adulta de nossa área, em parte, é composta por usuários diabéticos e hipertensos, os quais também possuem atendimento agendado e em livre demanda, durante todos os dias da semana e em dois turnos, atendendo as necessidades da população. Possuímos em nossa unidade o Plano de Reorganização à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus que são dados atualizados de forma semestral, as consultas também são registradas no prontuário clínico e na SIS/SUS. Existe uma enfermeira responsável pelo HIPERDIA que fica no ambulatório central, que atualiza semestralmente o número de diabéticos e hipertensos do município, medicações em uso (caso sofram alterações de posologia, durante a consulta, essas medicações são atualizadas), exames em dia. Porém esses registros não estão separados por unidade de saúde, o que dificulta, o acesso a esses tipos de dados. Porém conseguimos estimar dados através do plano de reorganização e estes nos mostram que nossa cobertura está longe da estimada pelo caderno de ações programáticas (cerca de cinquenta por cento), devendo haver muitos hipertensos que não estão cadastrados em nossa unidade, também é possível que hajam adultos com 20 anos ou mais que são hipertensos e diabéticos e que não tenham sido diagnosticados, por nunca terem aferido a pressão arterial ou nunca terem feito um exame de glicemia de jejum.

Diante disso a necessidade da busca ativa das agentes de saúde pela população não cadastrada e pelo diagnóstico mais preciso daqueles que já são cadastrados e dos que tornar-se-ão cadastrados. Esses usuários cadastrados são assíduos às consultas, não as atrasando, sabem quando precisam renovar suas medicações, e também cuidam quando precisam fazer novos exames de rotina.

Já a população de idosos, como dito anteriormente, são os componentes

majoritários da área adscrita da nossa unidade de saúde. Tem-se uma cobertura estimada pelo caderno de ação programática de oitenta por cento. São àqueles que têm prioridade nas consultas e que têm direito por lei de terem as mesmas agendadas, apesar de agendarmos as consultas para todos, usando o princípio de universalidade. Atendemo-nos em todos os dias da semana e nos dois turnos em que a UBS funciona.

Também além do sistema de agendamento, usamos do princípio de demanda espontânea, pois não existe demanda excessiva nesse grupo populacional. Trabalhamos de forma programática, e realizamos os registros de atendimentos no prontuário clínico, na SIA/SUS, e nas cadernetas dos idosos que as possuem (as cadernetas são distribuídas pelas agentes de saúde, durante às visitas, porém não são todos os idosos que as possuem). Não possuímos nenhum tipo de protocolo ou manual técnico dentro de nossa UBS que nos sirva de guia e isso é um dos fatores que necessita ser mudado.

Mesmo com a forma precária de registros, foi possível preencher o caderno de ações programáticas, porém através de estimativas, e viu-se que estamos tendo uma área de cobertura de somente quarenta e cinco por cento, o que é pouco. Isso nos deixa claro duas coisas: que existem idosos não cadastrados em nossa área de abrangência e que existem idosos que não estão indo às consultas, por isso a necessidade de se fazer, urgentemente a busca ativa dessa população e criar situações motivacionais para que aumente a presença desse grupo nas consultas. Um dos projetos em andamento é a criação de um grupo de idosos, onde se criará um espaço para o idoso onde ele possa falar, expressar suas dúvidas, medos e anseios. Onde possa ser discutidos temas para orientação quanto alimentação saudável, prática de exercícios, prevenção de queda e acidentes, como usar medicamentos, importância de ir à consulta acompanhado de um familiar, enfim, temas diversos, de fácil entendimento e boa fixação.

No nosso ESF também, não se usa o Caderno de Atenção Básica de Saúde do Idoso como bibliografia, porém, já possuía conhecimento do mesmo, por já ter lido na íntegra em outro momento, e por isso já usava -no como embasamento para as minhas consultas clínicas, por exemplo. Sempre questiono sobre autonomia, deambulação, sexualidade, prevenção de quedas e acidentes, sintomas urinários, sintomas intestinais, Isso faz com a relação médico - paciente fique muito mais sólida e verdadeira.

Finalizando, nossos maiores recursos sem dúvidas, são uma equipe que apesar de pequena é engajada, ativa e consegue trabalhar bem, e que temos todo o respaldo e apoio do secretário de saúde e de sua equipe para executarmos nossas tarefas, desde que realizadas com muito bom senso e que passada pela aprovação deles, primeiramente.

Nossos maiores desafios são sem dúvidas, a melhoria da cobertura de toda a população, a melhoria da sistemática dos registros e a realização de suas revisões periódicas, a criação ou a implantação de protocolos já existentes, para guiar e embasar teoricamente os atendimentos em nossa unidade. E se dúvida, a criação de grupos, tanto de saúde da mulher, de saúde dos idosos, de prevenção de câncer de colo de útero e de mamas, de saúde da criança e do adolescente para que todos tenham maior engajamento, tenham suas dúvidas tiradas e sintam-se mais acolhidos na nossa área de atuação.

1.3 Texto comparativo

O relatório da situação do ESF/APS, foi construído ao analisar a estrutura da unidade com suas deficiências, e com a primeira impressão que se teve após algumas semanas de ambientação. Ao realizar esse relatório não era sabido ainda as principais necessidades da população, bem como os problemas que seriam enfrentados.

Já o relatório da análise situacional foi embasado no conhecimento profundo e global da área. Através desse relatório, foi possível reunir de forma profunda e embasada as várias semanas de trabalho que tivemos desde o início do curso de especialização. Foi possível conhecer cada item de nossa unidade, as necessidades, os pontos positivos, os questionários e os cadernos de ações programática, as necessidades do uso de protocolos e manuais dentro da UBS para aprofundamento teórico de nossas consultas e também do acolhimento. Foi possível perceber a necessidade de haver de forma programática os registros de atendimentos e suas revisões periódicas.

Também se observou a necessidade da criação de grupos para a melhoria da saúde da população e a necessidade da presença de um enfermeiro na equipe de saúde.

Tudo isso terá que ser abordado sutilmente e de forma embasada às

autoridades responsáveis pela saúde de nosso município, para que assim tenhamos respaldo concreto para a realização dessas mudanças.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 Justificativa

As doenças cardiovasculares são as principais causas de mortalidade no mundo, sendo a hipertensão arterial sistêmica (HAS) o principal fator de risco e a diabetes mellitus (DM) (Ministério da Saúde 2013). Apesar do reconhecimento da HAS e DM como um problema de saúde pública e da existência de um significativo número de drogas anti-hipertensivas e antidiabéticas, o controle adequado está longe de ser obtido (Ministério da Saúde 2013). Em países onde são aplicados enormes recursos financeiros em campanhas institucionais, como Estados Unidos e Canadá, recomendando a identificação e tratamento precoce do hipertenso e do diabético, o percentual de usuários sob controle adequado dessas doenças não passa de 34%, apesar da maioria de hipertensos/ diabéticos estar sob alguma forma de tratamento (CECIL, 2014). Portanto, é preciso melhorar o reconhecimento e a eficiência do tratamento da HAS e do DM.

O controle da hipertensão e diabetes é primordial para aumento da expectativa de vida da população geral, melhoria da qualidade de vida, trazendo também um benefício aos custos da saúde pública. O custo das atividades de promoção em saúde é bem menor que o gasto em reabilitação de usuários sequelados de eventos cardiovasculares maiores.

O ESF Ronay Lorentz Brenner tem uma população adscrita de mil habitantes. A população alvo da intervenção, hipertensos e diabéticos, são usuários que comparecem assiduamente às consultas e normalmente retiram suas medicações, pois apesar de nossa equipe de saúde ser restrita (um médico, uma técnica de enfermagem, um odontólogo, duas agentes de saúde, uma secretária e uma auxiliar de limpeza), nosso atendimento é realizado de forma conjunta e eficaz.

Atualmente não há uma atenção voltada a conscientizar nossos usuários dos riscos que estas patologias oferecem, o porquê de usar as medicações diariamente e não somente quando os níveis estão alterados, além de um diálogo sobre os tabus que interferem na adesão ao tratamento. Diante disso, pretendemos criar um grupo destinado à saúde dos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus para esclarecer essas questões. Precisamos qualificar essa ação programática e assim investir na prevenção, detecção, tratamento e a reabilitação dos usuários. Certamente com o engajamento de toda a equipe, conseguiremos realizar ações conscientizadoras aos nossos usuários.

2.2 Objetivos e metas:

2.2.1 Objetivo Geral

Qualificar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos do ESF Ronay Lorentz Brenner, São Sepé - RS.

2.2.2 Objetivos Específicos

- 2.2.2.1 Ampliar a cobertura da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos;
- 2.2.2.2 Melhorar a adesão ao programa da saúde dos hipertensos e diabéticos;
- 2.2.2.3 Melhorar a qualidade do atendimento aos hipertensos e diabéticos;
- 2.2.2.4 Melhorar os registros das informações;
- 2.2.2.5 Mapear os hipertensos e diabéticos de risco pertencentes a área de abrangência;
- 2.2.2.6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2.3 Metas

2.2.3.1 Relativas ao objetivo 1: Ampliar a Cobertura á hipertensos e/ou diabéticos:

1.1 Cadastrar 25% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

1.2 Cadastrar 25% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

2.2.3.2 Relativas ao objetivo 2: Melhorar a Adesão

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

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

2.2.3.4 Relativas ao objetivo 3: Melhorar a Qualidade da Atenção à hipertensos e/ou diabéticos:

3.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

3.2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

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

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

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

3.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos

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

2.2.3.5 Relativas ao objetivo 4 : Melhorar os Registros das Informações:

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

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

2.2.3.6 Relativas ao objetivo 5 : Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular:

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

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

2.2.3.7 Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 METODOLOGIA

2.3.1. Detalhamento das ações:

O projeto de intervenção teve como público-alvo a população de diabéticos e hipertensos. Com base nos objetivos, metas e ações foi abordado o detalhamento de cada um dos objetivos:

1) Cadastrar 25% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus: Será implantada a ação programática em Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus no ESF da Vila

Block que possui como população alvo 212 portadores de HAS e 64 portadores de DM. A intervenção será organizada em 12 semanas a partir de quatro eixos: monitoramento e avaliação, gestão do serviço, qualificação da prática clínica e engajamento público.

Pretende-se alcançar durante o período da intervenção 25% dos hipertensos e diabéticos. Será monitorado o cadastramento dos hipertensos e diabéticos e para isso será utilizada uma ficha espelho para acompanhamento clínico. O cadastramento acontecerá durante as consultas clínicas e nas visitas domiciliares. A captação dos portadores de HAS e DM será realizada através do acolhimento desse público alvo pelas técnicas de enfermagem e recepcionista aos que buscam o serviço por qualquer motivo.

A comunidade será esclarecida pela equipe sobre a existência da intervenção e sua importância através de cartazes na unidade. Será informado a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e orientar-se-á a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Também serão realizadas rodas de conversa na sala de espera para os usuários que estiverem aguardando as consultas para sensibilizar a comunidade sobre a intervenção. Para qualificar a equipe em relação ao cuidado em saúde na HAS e DM e a importância do acompanhamento dos mesmos serão realizados momentos de educação permanentes com os ACS para captação da população alvo e com toda a equipe sobre a atenção humanizada a esse público. A equipe da unidade de saúde será capacitada para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

2) Qualificar o atendimento de modo que 100% dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes sejam beneficiados: Será ofertado e monitorado o atendimento clínico, a realização de exames complementares de acordo com o protocolo, e também o acesso aos medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia e a avaliação da necessidade de atendimento odontológico para a totalidade dos usuários portadores de HAS e DM. A capacitação dos profissionais será realizada de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, onde serão estabelecidas periodicidade para atualização dos profissionais. Os usuários e

a comunidade serão orientados pela médica, 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.

Os usuários chegarão para a consulta, sendo acolhidos pelas técnicas de enfermagem e recepcionista. Passarão para a sala de triagem, onde a equipe de enfermagem realizará aferição da pressão arterial, realização de hemoglicoteste e pesagem do paciente. Logo após serão encaminhados à consulta clínica com o médico da equipe.

Durante a consulta será realizada anamnese completa, com pesquisa de sexo, idade, história familiar de comorbidades, início da doença, hábitos alimentares (aderência à dieta), uso de tabaco, prática de exercícios físicos, medicamentos em uso (dose, posologia) e data de realização dos últimos exames. Dar-se-á seguimento com exame físico minucioso, com medida da circunferência abdominal, oftalmoscopia, oroscopia (com avaliação médica da saúde bucal, e se necessário encaminhamento ao odontólogo da unidade) e otoscopia, realização de exame neurológico, de ausculta pulmonar e cardíaca, exame do abdômen, avaliação de membros inferiores com atenção para a presença ou não de pulsos pediosos e tibiais, principalmente, e avaliação de risco cardiológico.

Serão prescritas as medicações de acordo com os exames laboratoriais e biotipo do paciente, priorizando a prescrição dos medicamentos pertencentes à farmácia popular. Esses exames serão feitos de forma periódica e supervisionada, baseando-se na data da última realização. Os dados serão armazenados em uma ficha espelho, que será atualizada em cada consulta e que servirá como prontuário e registro, sendo revisada semestralmente após o fim da intervenção.

Os profissionais serão capacitados de acordo com a leitura do protocolo do Ministério da Saúde para os portadores de diabetes mellitus e hipertensão, assim como o estudo de artigos que serão disponibilizados por mim e serão deixados na unidade. Serão realizadas reuniões mensais (4 reuniões) para a discussão dos casos e de temas pré-estabelecidos pelos integrantes da equipe. Os temas serão escolhidos de acordo com os protocolos e discutidos pelos profissionais após estudo individual.

Será implementado um grupo de hipertensos e diabéticos, para orientação dos usuários e da comunidade quanto aos riscos cardiovasculares e neurológicos decorrentes dos níveis tensionais elevados e de índices glicêmicos alterados,

cuidados de higiene e saúde bucal, orientações sobre a prática de exercícios físicos e de cuidados alimentares. Neste grupo serão aferida PA e será realizado HGT, como também distribuição de medicações aos usuários que não puderem comparecer às consultas. Se necessário será feito reajuste de posologia e dose medicamentosa para àqueles que tiverem pressão arterial e hemoglicoteste com resultados fora do padrão. Ter-se-á a participação de um educador físico, em pelo menos uma das reuniões do grupo, para ênfase da importância da prática de atividade física.

3) Realizar a busca de 100% dos usuários faltosos às consultas: Será realizado o monitoramento da periodicidade das consultas previstas no protocolo analisando as consultas que estiverem em dia. Serão organizadas visitas domiciliares para a busca dos usuários faltosos e se fará uma agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas. A equipe informará à comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes. Será esclarecido, pela médica, aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, pelos membros da equipe, a importância da realização e periodicidade das consultas, de modo que as agentes de saúde, sejam treinadas, através dos protocolos e da capacitação, de como orientar os usuários.

4) Realizar a melhora dos registros de informações: Para a melhora dos registros de informações, será implementada uma ficha espelho para cem por cento dos usuários cadastrados que servirá como registro específico de acompanhamento, sendo a técnica de enfermagem da unidade a responsável pelo o monitoramento dos registros. Será organizado um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. A equipe orientará os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. A equipe será treinada no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético. O médico da unidade será o responsável pelo preenchimento dessa ficha espelho durante as consultas, assim como sua atualização identificando o atraso das consultas, dos exames complementares e a não realização da estratificação de risco. Manter as

informações do SIAB atualizadas.

5) Realização da estratificação de risco para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade: Será realizada a monitoração dos usuários HAS e DM com a realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco, priorizando àqueles avaliados em alto risco, sendo organizada a agenda para atender essa demanda. Os usuários e a comunidade serão esclarecidos pela médica, quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Será realizada a capacitação da equipe para a realização da estratificação de risco, e para que a equipe tenha consciência da importância dos registros dessa avaliação. O médico será o principal responsável por esta avaliação durante a consulta médica, com estudos baseados no protocolo e em artigos científicos. Desta forma será possível a orientação dos usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular.

6) Promover a saúde de hipertensos e diabéticos: Será garantido à 100% dos hipertensos e diabéticos, através do monitoramento quanto à orientação nutricional de alimentação saudável, orientação em relação à prática de atividade física, orientação sobre os riscos do uso do tabagismo e a orientação sobre a higiene bucal. Organizar-se-á a agenda da atenção a saúde bucal e nutricional de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e ao diabético. Será estabelecido, pelo odontólogo prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Será organizado práticas coletivas, pela médica, sobre alimentação saudável, atividade física, riscos causados pelo tabagismo. Será demandado junto ao gestor oferta de consultas com dentista, nutricionista e educador físico e compra de medicamentos contra o tabagismo.

Serão buscadas parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. Mobilizar-se-á a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista. Será orientado os usuários, pela médica, orientações sobre alimentação saudável, atividade física, e informar a existência de tratamento para abandono do tabagismo. Se possível, realizar-se-ão palestras com educador físico e também se possível com a presença de uma nutricionista. No grupo de hipertensos e diabéticos, será abordado a importância da atividade física aeróbica, a forma equilibrada de alimentação, com substituições saudáveis e dosagem da ingestão de sal e açúcar para a manutenção de níveis glicêmicos e pressóricos.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

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

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

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

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

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

2.1 Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

2.2 Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

Relativas ao objetivo 3 : Melhorar a adesão

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

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

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

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

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

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

Relativas ao objetivo 4: Proporção de hipertensos/diabéticos com registro atualizado

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

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

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

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

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

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

Relativos ao objetivo 5: Mapeamento dos hipertensos e diabéticos de risco

5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde

5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Relativos ao objetivo 6: Promover a Saúde á hipertensos e diabéticos

6.1 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6.2 Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensos e Diabéticos adotamos o Manual Técnico de Hipertensão e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, 2013. Utilizamos o prontuário dos usuários para a coleta de dados que serão registrados em uma ficha espelho que será implementada pelo médico da equipe. O prontuário médico não prevê a coleta de informações sobre a saúde bucal, tendo que na hora da consulta dispor do prontuário odontológico também. Com o prontuário médico e odontológico dos usuários conseguimos os dados necessários para extração dos indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, não tendo sido necessárias fichas complementares. Estimou-se alcançar com a intervenção 216 usuários. Fizemos contato com o gestor municipal para dispor das 216 fichas espelho necessárias. Para o acompanhamento mensal da intervenção foi utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a técnica de enfermagem revisou o livro de registro identificando todas os diabéticos e hipertensos que foram ao serviço para consulta nos últimos três meses. A profissional localizou os prontuários desses hipertensos e diabéticos e transcreveu todas as informações disponíveis nos prontuários para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizou o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso.

Para viabilizar a ação de monitoramento e avaliação para cadastramento dos diabéticos e hipertensos, semanalmente a técnica de enfermagem examinou as fichas-espelho dos hipertensos e diabéticos, identificando aquelas que estavam com consultas, exames clínicos ou exames laboratoriais em atraso. As agentes comunitárias de saúde fizeram uma busca ativa de todos os diabéticos e hipertensos em atraso. Ao fazer a busca já era agendado o paciente para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho foram consolidadas na planilha eletrônica.

Para viabilizar a ação de acolhimento dos usuários o acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscaram o serviço foi realizado pela técnica de enfermagem. Os diabéticos e hipertensos foram agendados pelas agentes de saúde durante as visitas domiciliares para os dias em que ocorrerão os atendimentos para intervenção. Os usuários também puderam realizar a marcação de consultas indo até a unidade. Aqueles usuários que apresentaram algum problema agudo como crise hipertensiva ou aumento súbito a glicemia foram atendidos ao chegar na unidade mesmo que não fosse o dia da intervenção. Se algum usuário perdesse o dia do agendamento e quisesse consultar em outro dia, poder-se-ia encaixá-lo nos dias de atendimento para que não houvesse influência na captação dessa parcela da população.

Para viabilizar a ação de garantir materiais adequados para a intervenção, a técnica de enfermagem de nossa unidade realizou a aferição do peso, altura, pressão arterial e medida de hemoglicoteste, para que então o usuário se dirigisse à consulta.

Para viabilizar a ação de garantir a divulgação à comunidade sobre o Programa e sobre a importância do rastreamento de HAS/DM, nossa secretária realizou a confecção de cartazes para que pudéssemos colar em nossa unidade, no mercado perto da unidade, na Escola, na igreja. Também foi divulgado verbalmente pelo médico durante as consultas, pela técnica de enfermagem durante a entrega das medicações, pela secretária durante o agendamento de consultas. Todos os integrantes da equipe divulgaram a importância da aferição da pressão a partir dos 18 anos, do rastreamento para diabetes em adultos com nível pressórico sustentado maior que 135/80 mmHg, e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Para que fosse viabilizado a ação de capacitação para o cadastramento, e para que as agentes de saúde sejam capacitadas para cadastrar os usuários portadores de HAS/DM foi feita a discussão do protocolo do Ministério da Saúde durante as reuniões que serviram para esta discussão. Todos os membros da equipe foram capacitados pelo médico para a verificação da pressão arterial e para realização do hemoglicoteste. No caso do cadastramento para aqueles que apresentaram pressão arterial sustentada de 135/80 mm Hg.

Para melhorar a qualidade de atenção aos hipertensos e diabéticos e para que os usuários pudessem ter acesso ao exame clínico apropriado, à realização de

exames complementares em dia de acordo com o protocolo, à prescrição de medicamentos da farmácia popular e à avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi preciso que o médico da unidade revisasse os prontuários dos usuários cadastrados como hipertensos e diabéticos até o momento antes de começar a intervenção e analisasse os medicamentos prescritos, quais os usuários estavam com os exames atualizados, quais os usuários possuíam medicamentos prescritos de acordo com os que eram disponibilizados pelo programa da farmácia popular, quem estava com avaliação odontológica em dia. Dessa forma, a medida que os usuários compareceram à consulta, as ações ficaram dinamizadas e tiveram mais chances de obter êxito. Da mesma forma, o médico deveria estar a par do protocolo e dos artigos atuais, para realizar um exame clínico satisfatório.

As agentes de saúde da UBS foram treinadas, durante as reuniões que ocorreram semanalmente com a equipe, para que através das visitas domiciliares, fizessem a busca dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas periódicas, aumentando assim a adesão ao programa. Durante as visitas, aproveitaram para conscientizar os usuários sobre a importância da realização das consultas e da necessidade dessas serem realizadas de forma periódica. Para que se descobrissem quem eram os usuários que estavam faltando às consultas, a técnica de enfermagem realizou a revisão periódica dos prontuários de acordo com a marcação do retorno feito pelo médico.

A técnica de enfermagem, o médico, e o odontólogo da equipe foram treinados para que houvesse o preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos. Para que isso acontecesse de forma organizada, foi preciso que todas as informações estivessem atualizadas no SIAB e que fosse implementada uma planilha de registro que será a ficha espelho.

A equipe foi capacitada (principalmente o médico e a técnica de enfermagem da unidade) para realizar a estratificação de risco cardiovascular de acordo com o score de Framingham. Dessa forma, os usuários com alto risco cardiovascular tiveram prioridade de atendimento e foi organizada a agenda para o atendimento dessa demanda. Durante as consultas, o médico orientou os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclareceu aos mesmos, a importância do controle adequado dos fatores de risco modificáveis como a alimentação.

O médico e a técnica de enfermagem foram responsáveis em orientar os

usuários sobre a importância de uma alimentação saudável com substituições adequadas e com mesmo valor nutricional, como também sobre a necessidade do exercício físico para a manutenção de níveis pressóricos e glicêmicos, promovendo assim a saúde aos usuários. Pretendeu-se conseguir a presença de um educador físico para dar uma palestra de motivação aos usuários também como explicações minuciosas que fogem do nosso alcance. O odontólogo ficou encarregado de promover a saúde bucal e orientar a importância da visita periódica ao dentista.

2.3.4 Cronograma

Atividades	Semanas											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de diabéticos e hipertensos.	■											
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática.	■											
Cadastramento de todos (75%) dos diabéticos e hipertensos da área adscrita do programa.	■											
Contato com a liderança comunitária para falar sobre a importância das ações programáticas dos diabéticos e hipertensos solicitando apoio para a capacitação dos DM/HAS e para as demais estratégias que serão implementadas.	■				■				■			
Atendimento dos diabéticos e hipertensos.	■											
Grupo de diabéticos e hipertensos.			■				■				■	
Capacitação dos ACS para a realização de busca ativa dos DM/HAS faltosos as consultas.	■											
Busca ativa de DM/HAS faltosos.	■											
Monitoramento da intervenção: acompanhamento de registros(ficha espelho e planilha de coleta).	■											
Atualização dos registros dos pacientes (medicações em uso, exames laboratoriais).	■											
Reuniões de equipe.				■				■				■
Preenchimento de planilha de coleta de dados e obtenção de indicadores dos DM/HAS.				■				■				■

3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

Iniciou-se a intervenção com a capacitação dos profissionais da equipe, para atender os diabéticos e hipertensos usando o Manual de hipertensos e diabéticos do Ministério da Saúde, 2013. Participaram da capacitação nove profissionais, sendo eles: médico da equipe, uma técnica de enfermagem, um odontólogo, uma auxiliar de odontólogo, secretária da unidade, auxiliar de serviços gerais e duas agentes de saúde. Tivemos a participação eventual de uma educadora física e de duas nutricionistas (grupo). Capacitamos toda equipe, pois o acolhimento é feito por todos, sem exceção. Seguimos o seguinte roteiro: informações sobre a intervenção, cadastros, acolhimento dos hipertensos e diabéticos, consulta e tratamento odontológicos, avaliação de pressão arterial e realização de hemoglicoteste, avaliação de peso e altura, avaliação e técnica de medida de circunferência abdominal e medida de perímetro braquial. Essas ações estavam previstas no projeto e foram desenvolvidas integralmente e com facilidade pois houve engajamento de toda equipe.

Em seguida foi realizada a capacitação para a padronização do preenchimento da ficha específica (ficha espelho) de hipertensos e diabéticos, tarefa que também não ofereceu dificuldade, sendo realizada integralmente. Após, cada profissional escolheu a sua competência conforme a sua habilidade. Eu e a secretária realizamos os cadastramentos. Eu e a técnica de enfermagem (não temos enfermeiro) realizamos os atendimentos clínicos, a avaliação da intervenção, e a organização dos grupos de diabéticos e hipertensos em que houve a participação de toda a equipe. Toda equipe confeccionou cartazes para colocar na unidade, na igreja e no mercado, para a divulgação da intervenção. O odontólogo e a sua auxiliar realizaram as avaliações de saúde bucal e orientaram os usuários

sobre higiene bucal. Os agentes de saúde realizaram as buscas ativas e atualização dos cadastros dos usuários. O gestor contribuiu com o apoio da intervenção e se dispôs para que fosse necessário.

O monitoramento da intervenção foi feito a cada quinze dias pela médica e pela técnica de enfermagem e apresentado a equipe mensalmente. A médica solicitou apoio das lideranças comunitárias, o qual aconteceu com ênfase e que teve a presença do presidente da associação dos diabéticos e hipertensos que existe na Vila. Infelizmente não temos nutricionista e por isso a médica realizou os atendimentos individuais e coletivos na unidade, dando orientações de alimentação saudável e hábitos a serem adquiridos. Não temos educador físico, e esta só participou do grupo, onde contribuiu para esclarecimentos e orientações aos usuários. Infelizmente o fato de não haver nutricionista e educador físico na unidade não estavam previstas, mas a médica conseguiu de forma geral e abrangente orientar os usuários.

A técnica de enfermagem realizou as aferições de peso, altura e realização de hemoglicoteste e acolhimento. A médica, durante as consultas, realizou as medidas de circunferência abdominal, perímetro braquial e medidas de pressão arterial.

Em relação ao acolhimento o mesmo foi realizado inicialmente pela técnica de enfermagem e depois por toda a equipe, a qual realizava a escuta inicial dos hipertensos e diabéticos e os encaminhava posteriormente para a sala triagem, onde era realizado HGT, medida de peso e altura. A avaliação de risco cardiovascular foi feita pela médica da unidade. Os de baixo risco seguiram sendo atendidos e acompanhados na unidade, os de alto e os médios risco eram encaminhados ao cardiologista da cidade. Os de alto risco com doenças que só podiam ser resolvidas no hospital, eram encaminhados com um encaminhamento por escrito ao Hospital Santo Antônio localizado em São Sepé, e muitas vezes se necessário após a regulação, eram encaminhados à Santa Maria, ao Hospital Universitário que é a referência. Os de médio risco eram resolvidos na unidade por mim e acompanhados posteriormente dependendo da doença, a avaliação do cardiologista.

A secretária realizou o agendamento semanal dos usuários que chegavam na unidade procurando pela intervenção e após a consulta o retorno era agendado na ficha espelho e num receituário comum para o paciente. Primeiramente foram estabelecidos dois turnos por semana para atendimento. O que não estava previsto

foi que à medida que os usuários foram procurando pela intervenção, foram realizadas as consultas em livre demanda, mas isto ocorreu desta forma para que não houvesse prejuízo da captação.

No início da semana realizávamos (eu e a técnica) os cadastramentos dos usuários. No atendimento inicialmente eram aferidos o peso, a altura, e a medida do HGT. Posteriormente a médica, no consultório, realizava medida da PA, medida da circunferência abdominal, medida do perímetro braquial e cálculo de IMC, analisava quais eram as medicações em uso, via a data dos últimos exames, anotava na ficha espelho qual o risco cardiovascular, realizava o exame físico geral, após realizava orientações de hábitos de alimentação saudável, conversava sobre atividade física (como e onde realizar, quantidade semanal), avaliava a inspeção bucal e se necessário encaminhava ao odontólogo, via a carteira de vacinação e desmistificava mito e verdades. Nos retornos realizava ajustes de medicação, olhava os exames e reforçava as orientações. Sempre que necessário solicitava a presença de cuidadores ou familiares, pois existiam usuários que não tinham como assimilar todas as orientações da consulta. Essas ações descritas foram realizadas de forma fácil e integral, com a união da equipe.

A falta de conhecimento e baixo percentual de alfabetização, contribuíram para possíveis confusões da hora de tomar a medicação e na hora de realizar substituições alimentares.

Durante o cadastramento tivemos uma média de sete faltosos durante toda a intervenção e semanalmente realizamos a busca ativa dos mesmos. Para a realização desta atividade os agentes comunitários de saúde foram os responsáveis e sempre que possível, a médica os ajudava aumentando assim a motivação dos mesmos. Realizávamos o atendimento por ordem de chegada, priorizando os idosos. As visitas domiciliares começaram a serem feitas no final da intervenção.

O dentista realizou atendimento individual com os diabéticos e hipertensos na unidade e contribuiu com orientações no grupo

Foi realizado um grupo de diabéticos e hipertensos, na quarta semana, o qual coincidiu com a semana do dia mundial dos diabéticos e reuniu vários usuários. Tivemos a participação de duas nutricionistas que trabalham para secretaria e de uma educadora física. Foram realizados pelas técnicas o acolhimento e medidas de peso, altura e HGT, logo após encaminhávamos os usuários para o consultório onde a médica media a pressão arterial, fazia a consulta para os usuários novos e só

realizava acompanhamento dos que já estavam no programa. Após foi realizada uma roda de conversa para discutir sobre as causas de HAS e DM, quais eram realmente os sintomas de uma crise hipertensiva e de uma hiperglicemia e as nutricionistas e educadora física, realizaram explicações alimentação saudável e de como realizar os exercícios físico, respectivamente. Durante a intervenção foram planejados que houvessem quatro grupos de diabéticos e hipertensos, porém aconteceu somente um. Infelizmente por diferenças de horários, nem sempre conseguiu-se reunir todos os profissionais e somente em uma data foi que conseguiu-se que estivessem presentes a educadora física e as duas nutricionistas, pois ambas concentram sua carga horária no município.

A médica apresentou algumas dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, pois haviam prontuários incompletos e também alguns usuários que não sabiam fornecer alguns dados pessoais (como tempo de doença, medicação que já havia usado), mas que felizmente foram contornados sem deixar prejuízo à intervenção. A mesma apresentou dificuldade com o sistema de fechamento das planilhas de coletas de dados, mas tudo foi discutido com sua orientadora que sempre esteve pronta para ajudar e então as dúvidas foram sanadas.

O gestor do município esteve a par de todos os acontecimentos durante a intervenção e sempre se demonstrou disponível para resolver qualquer problema que ocorresse.

A equipe, no futuro, pretende incorporar as ações do projeto na rotina diária da unidade, pois os usuários estão cobrando isso. A área adscrita tem muitos diabéticos e hipertensos e por isso a escolha de intervenção foi muito válida. O que deverá ser melhorado é a divulgação da intervenção e a participação dos usuários e familiares/cuidadores. Será necessário a conscientização dos usuários e que se perceba a necessidade e importância de consultar na unidade. Os usuários precisam saber que é preciso tomar a medicação de forma contínua e que é possível manter níveis estáveis de pressão arterial e glicemia. Tudo isso sendo necessário a fim de evitar situações agudas e de superlotação dos pronto-socorros.

A intervenção foi realizada em doze semanas, de 29 de Setembro a 18 de Dezembro de 2014.

4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde dos diabéticos e hipertensos no ESF Ronay Lorentz Brenner do bairro Vila Block na cidade de São Sepé- RS. Realizou-se o trabalho com toda a equipe de saúde da unidade. A área adstrita a USF tem uma população de 1.000 habitantes, o número total de pessoas com 20 anos ou mais é de 670. Dentre estes, o número estimado de hipertensos eram 152 e de diabéticos 38.

Resultados relativos ao objetivo 1 - ampliar a cobertura a hipertensos e ou diabéticos: No primeiro mês foram cadastrados 14 hipertensos o que corresponde a 9,2%, no segundo mês foram cadastrados 35 o que corresponde a 23%, no terceiro mês foram cadastrados 47 usuários hipertensos, correspondendo a 30.9%. A meta era de 75%. Quanto aos diabéticos, no primeiro mês foram cadastrados 10 usuários, o que corresponde a 26.3%, no segundo mês cadastramos 21, que corresponde a 55.3% e no terceiro mês 26, correspondendo a 68.4 %. A meta também era 75%. O que influenciou a baixa cobertura foi a falta de procura e interesse dos usuários em relação a intervenção. Porém em relação aos diabéticos, isso não teve tanta repercussão, pois eram em número menor de usuários, quase totalizando 75%. O que contribuiu para que mesmo baixa, alcançássemos esta cobertura nos diabéticos, foi o engajamento da equipe e a interação dos agentes de saúde com o projeto.

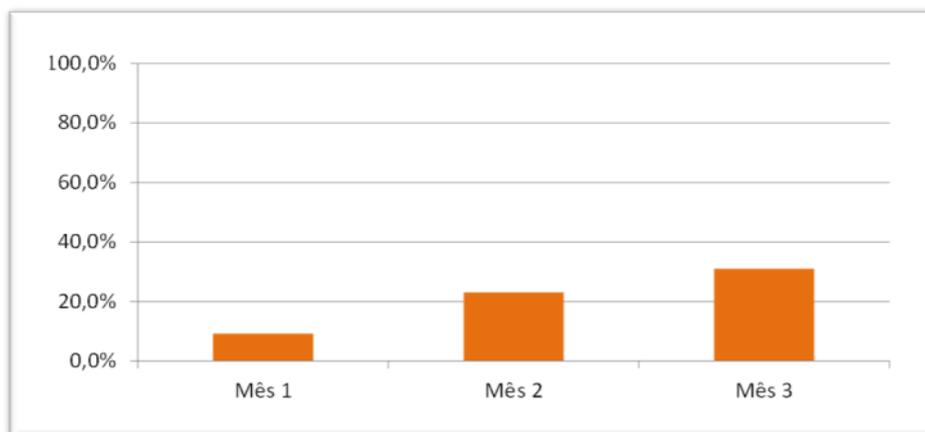


Tabela 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso, USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014.

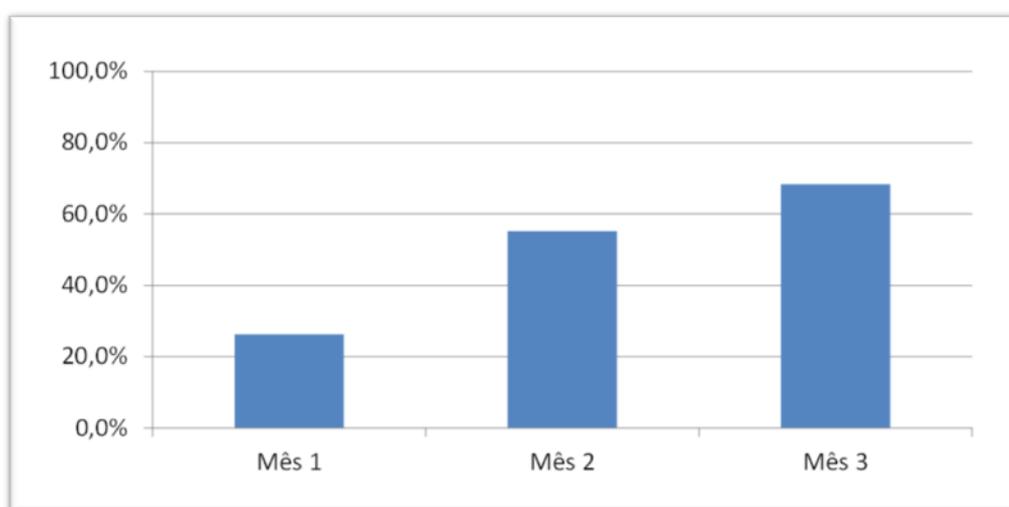


Tabela 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético, USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014.

O segundo indicador a ser avaliado é a proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo. Dos hipertensos no primeiro mês, 14 hipertensos apresentaram exame clínico em dia, o que corresponde a um percentual de 100%, no segundo mês 27 o que corresponde a um percentual de 77.1%, e no terceiro mês 33 hipertensos o que corresponde a um percentual de 70.2%. Quanto aos diabéticos, 10 apresentaram exame clínico em dia no primeiro mês, o que corresponde a 100%, no segundo mês 18, o que corresponde 85.7%, e no terceiro mês 22, correspondendo a 84.6 %. Este indicador avalia a quantidade de usuários que tiveram a realização do exame clínico de acordo com o protocolo. A meta era de 100% e foi atingida no primeiro mês, e nos meses subsequentes em menor porcentagem.

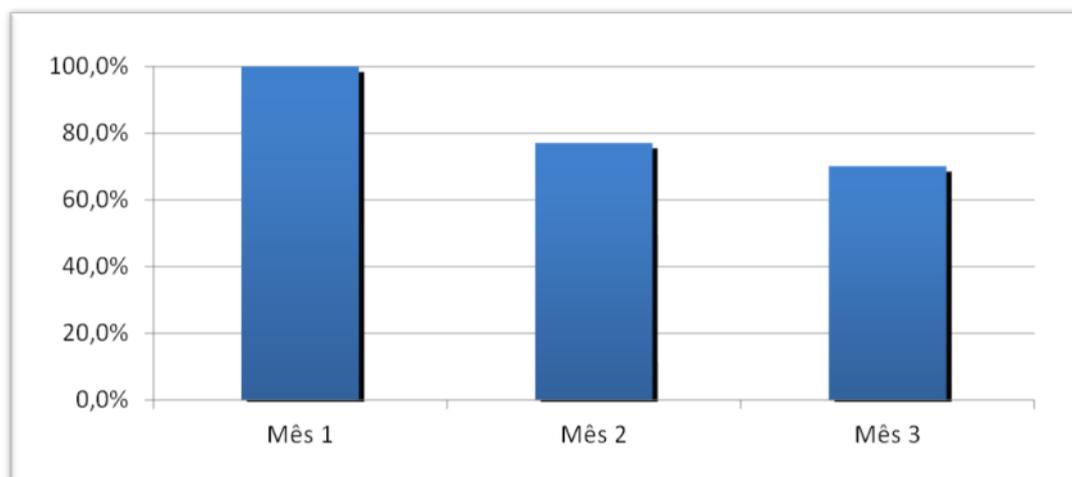


Tabela 3: Proporção de exame clínico em dia do programa de atenção ao hipertenso, USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014.

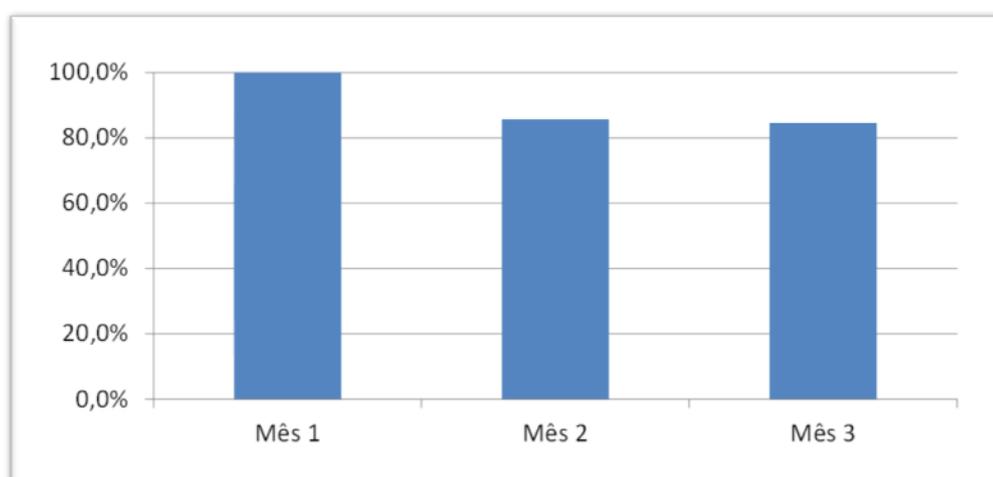


Tabela 4: Proporção de exame clínico em dia do programa de atenção ao diabético, USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014

O terceiro indicador avaliado é a proporção de hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia de acordo com protocolo. Os hipertensos que apresentaram exames complementares em dia no primeiro mês, foram 5, correspondendo a 35,7 %, no segundo mês 12, o que corresponde a 34,3% e no terceiro mês 29, correspondendo a 61,7%. Quanto aos diabéticos, 4 apresentaram exames complementares em dia, no primeiro mês, correspondendo a 40%. No segundo mês 9, o que corresponde a 42,9% e no terceiro mês 17, correspondendo a 65,4%. A meta era de 100% em ambos. A meta não foi atingida, pois a cota de exames disponibilizada pela secretaria de saúde é de R\$ 450,00 e por isso ficava esgotada no quinto dia de cada mês, dia em que eram autorizados os exames. A

médica até tentou que se priorizasse este grupo de usuários, porém não obteve sucesso.

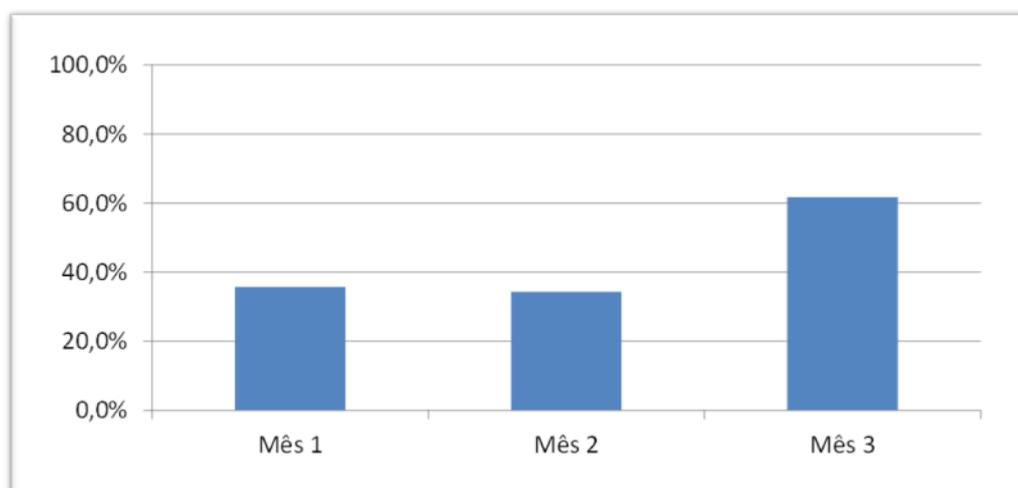


Tabela 5: Proporção de exames complementares em dia do programa de atenção ao hipertenso, USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014

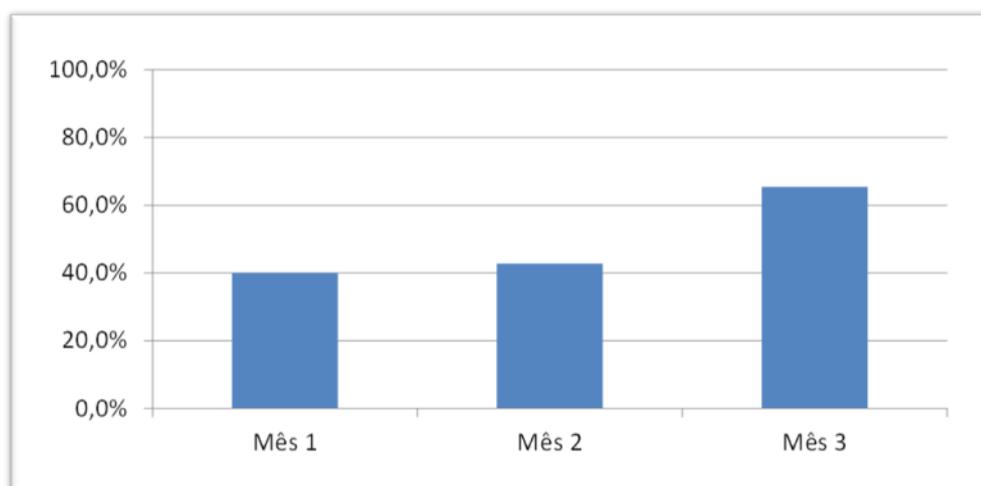


Tabela 6: Proporção de exames complementares em dia do programa de atenção ao diabético, USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014

O quarto indicador a ser avaliado é a proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/ hiperdia priorizadas. Os hipertensos que tiveram essa prescrição no primeiro mês foram 12, o que corresponde a 85.7%, no segundo mês 29, correspondendo a 82.9% e no terceiro mês 39, correspondendo a 83%. Quanto aos diabéticos, a proporção de prescrições no primeiro mês foi de 10, correspondendo a 100%, no segundo mês de 17 correspondendo a 81% e no terceiro mês 21, o que corresponde a 80.8%. A meta

era de 100%, sendo atingida no primeiro mês, em relação aos diabéticos. Quanto aos hipertensos, muito dos usuários usavam medicamentos em que não constava na lista da Farmácia popular. A médica sempre que possível renovava as receitas, a fim de que os usuários pudessem retirar no momento da consulta suas medicações.

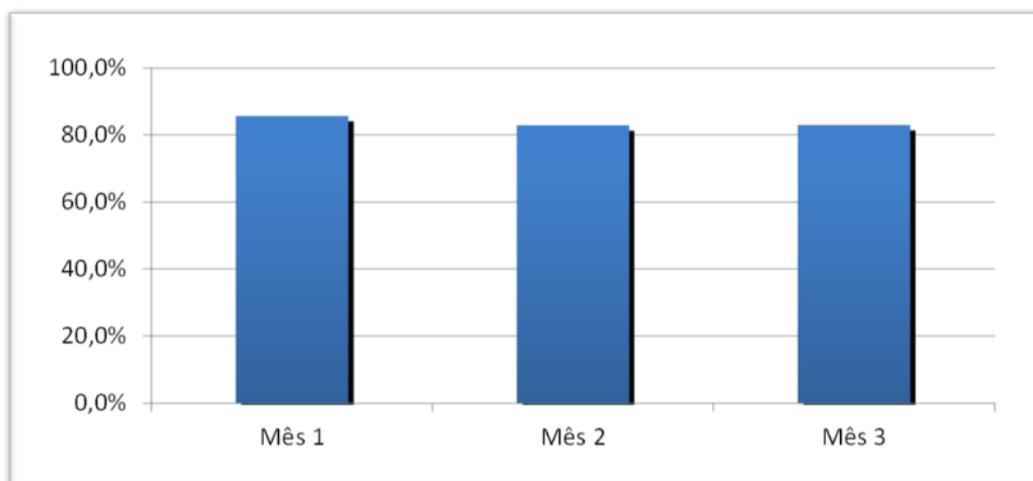


Tabela 7: Proporção de prescrições de medicamentos da Farmácia popular priorizada em dia do programa de atenção ao hipertenso, USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014

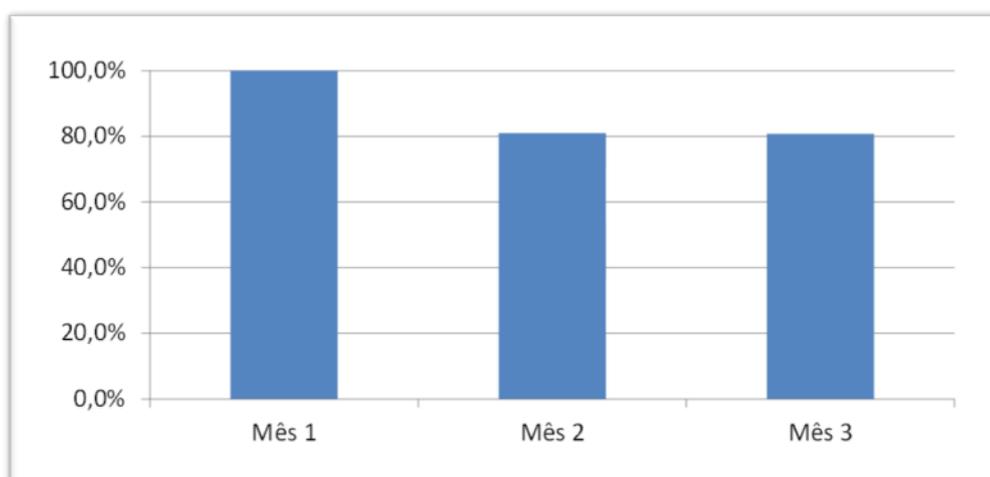


Tabela 8: Proporção de prescrições de medicamentos da Farmácia popular priorizada em dia do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014

O quinto indicador a ser avaliado é a proporção de hipertensos e diabéticos com necessidade de avaliação de atendimento odontológico. Os hipertensos avaliados no primeiro mês, foram 13, correspondendo a 93.9%. No segundo mês foram 34 o que corresponde a um percentual de 97.1%, no terceiro mês, 46 o que correspondem a um percentual de 97.9%. Quanto aos diabéticos, 10 foram

avaliados no primeiro mês, o que corresponde a 100%, no segundo mês 21, o que corresponde a 100% e no terceiro mês 26, correspondendo a 100%. A meta era de 100% e foi atingida pela equipe. Na unidade temos o apoio do odontólogo, que sempre esteve à disposição para fazer as avaliações juntamente com a médica.

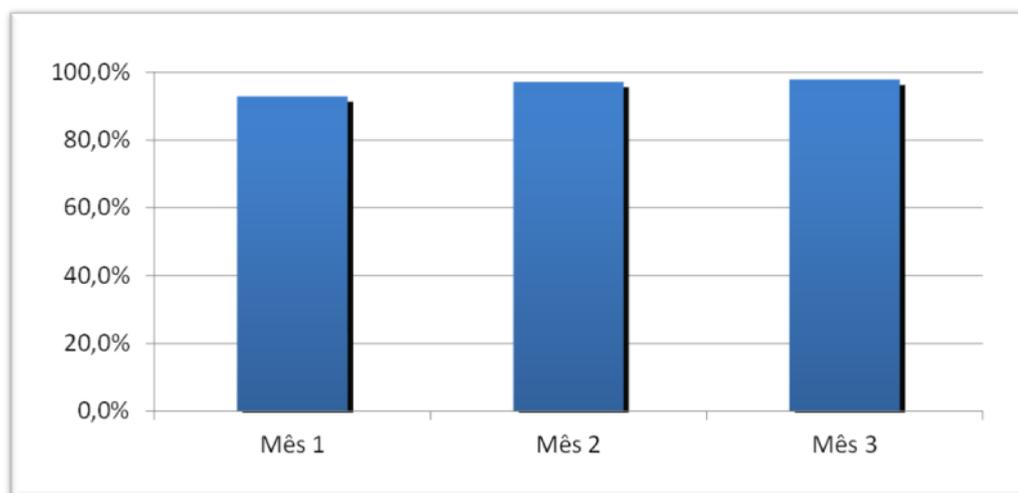


Tabela 9: Proporção da necessidade de atendimento odontológico do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde na USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014

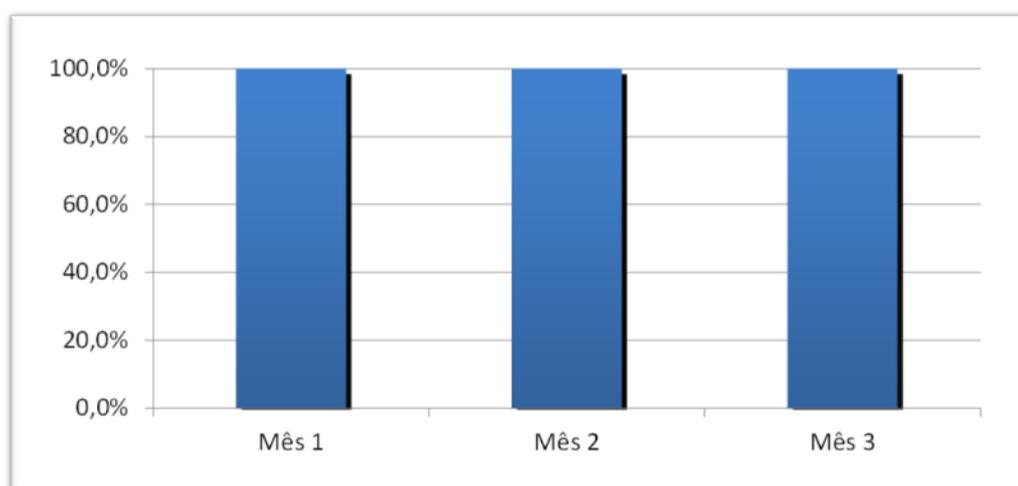


Tabela 10: Proporção da necessidade de atendimento odontológico do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde na USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014

A realização das buscas ativas dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas, no primeiro mês, em relação aos hipertensos foi 1 paciente, no segundo mês 7 usuários e no terceiro mês 7 usuários o que corresponde a um percentual de 100%. Quanto aos diabéticos, o primeiro mês foram 0 usuários, correspondendo, no segundo e terceiro mês foram 5 usuários, o que corresponde a 100 %.

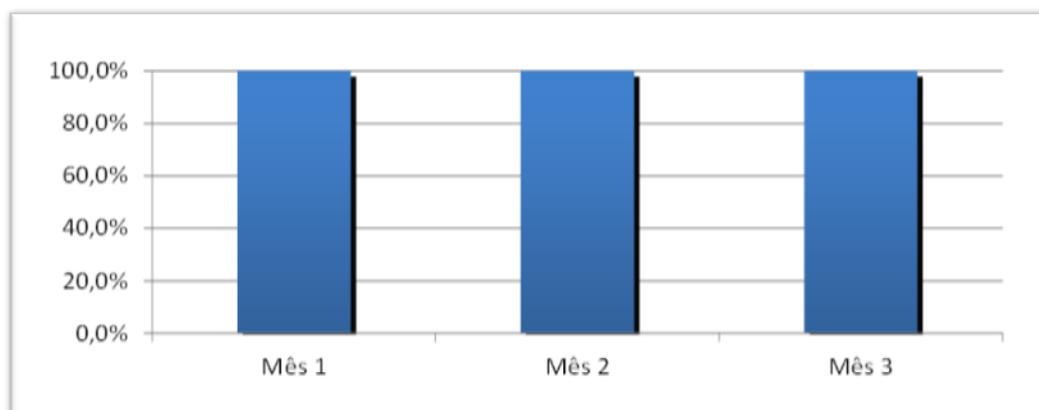


Tabela 11: Proporção de faltosos às consultas com busca ativa do programa de atenção ao hipertenso, USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014

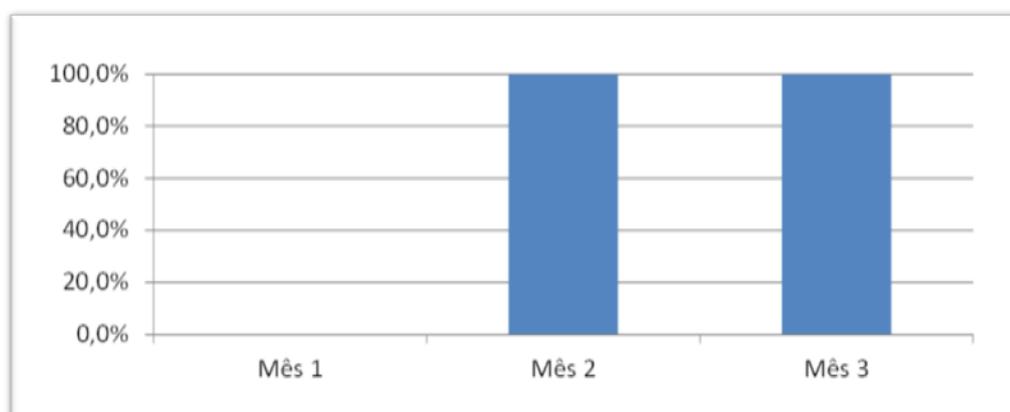


Tabela 12: Proporção de faltosos às consultas com busca ativa do programa de atenção ao diabético, USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014

O sétimo indicador a ser avaliado é a proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Os hipertensos que apresentaram esse indicador no primeiro mês foram 13, correspondendo a 92,9 %, no segundo mês 34, que corresponde a 97,1% e no terceiro mês 40, o que corresponde a um percentual de 85,1%. Quanto aos diabéticos no primeiro mês 9, correspondendo a 90%, no segundo mês 20, o que corresponde a 95,2%, e no terceiro mês 22, correspondendo a 84,6%. A meta era de 100%.

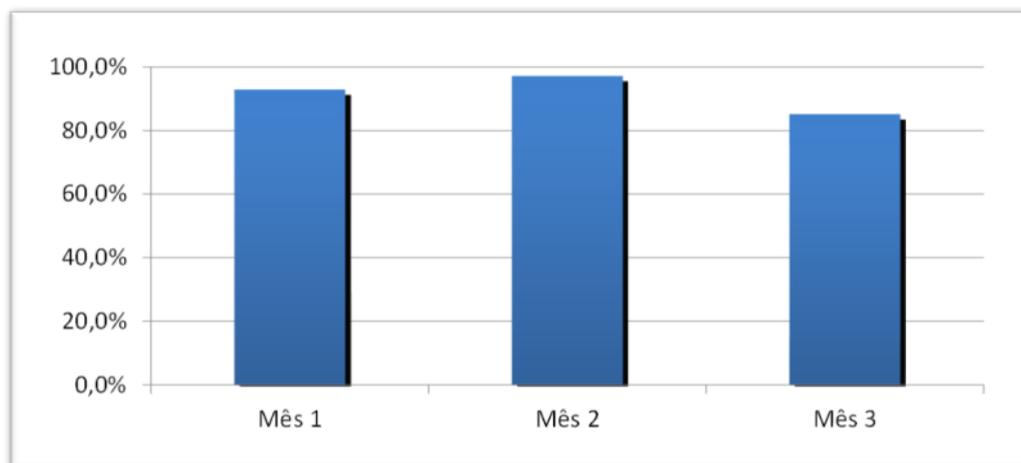


Tabela Tabela 13: Proporção usuários com registro adequado na ficha de acompanhamento do programa de atenção ao hipertenso, USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014.

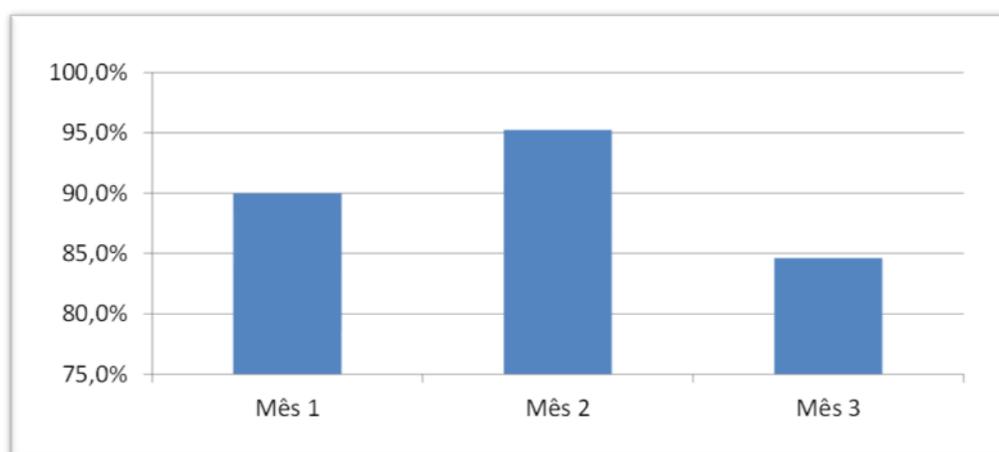


Tabela 14: Proporção usuários com registro adequado na ficha de acompanhamento do programa de atenção ao diabético, USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014.

Foi também avaliada a proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular em dia de acordo com o protocolo. Os hipertensos que apresentaram esse indicador no primeiro mês foram 14, correspondendo a 100 %, no segundo mês 31, que corresponde a 88.6% e no terceiro mês 39, o que corresponde a um percentual de 83%. Quanto aos diabéticos no primeiro mês 10, correspondendo a 100%, no segundo mês 20, o que corresponde a 95.2%, e no terceiro mês 24, correspondendo a 92.3%.

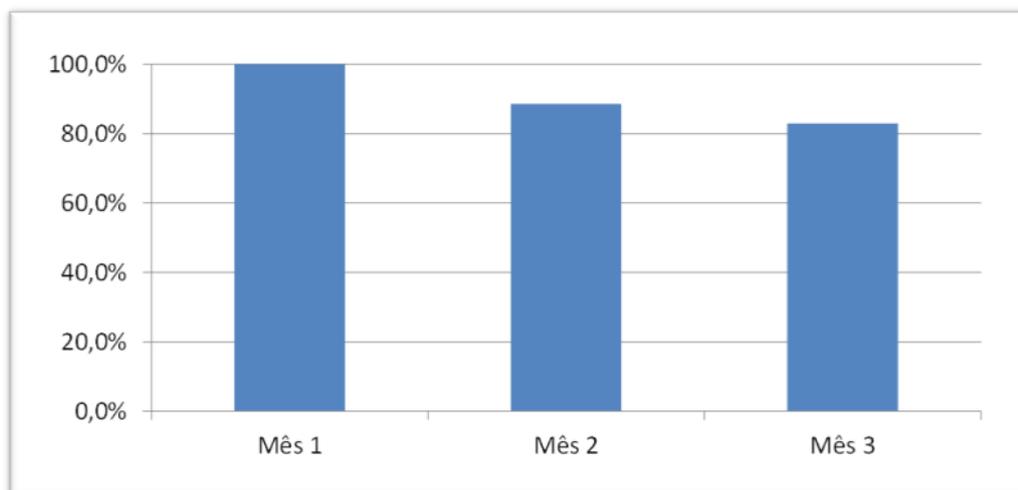


Tabela 15: Proporção usuários com estratificação de risco cardiovascular em dia do programa de atenção ao hipertenso, USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014.

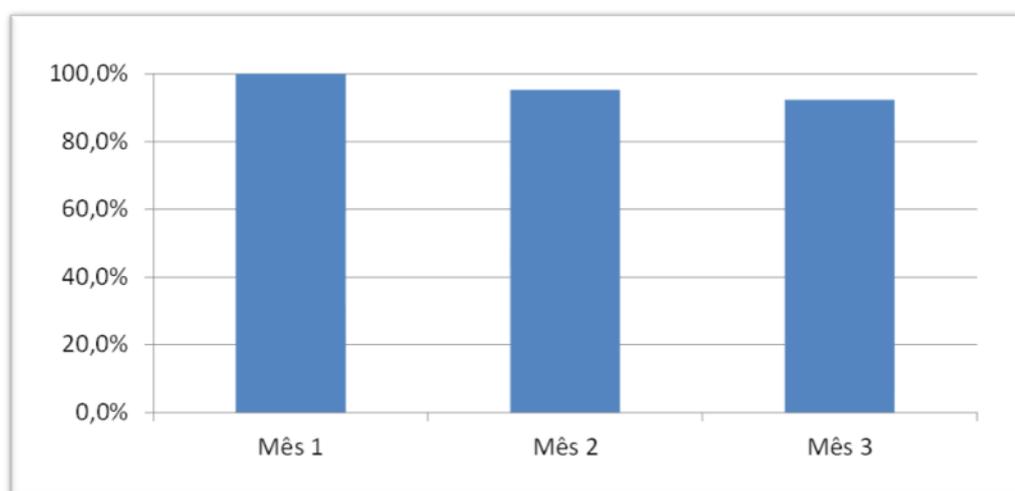


Tabela 16: Proporção usuários com estratificação de risco cardiovascular em dia do programa de atenção ao diabético, USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014.

Em relação à proporção de hipertensos e diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, no primeiro mês foram 14, correspondendo a 100 %, no segundo mês 34, que corresponde a 97.1% e no terceiro mês 46, o que corresponde a um percentual de 97.9%. Quanto aos diabéticos no primeiro mês 10, correspondendo a 100%, no segundo mês 21, o que corresponde a 100%, e no terceiro mês 26, correspondendo a 100%. A meta era de 100% e conseguimos atingi-las nos diabéticos, pois estes são em menor proporção total que os hipertensos, pois os próprios usuários referiam ter uma alimentação regrada, ao contrário dos usuários hipertensos.

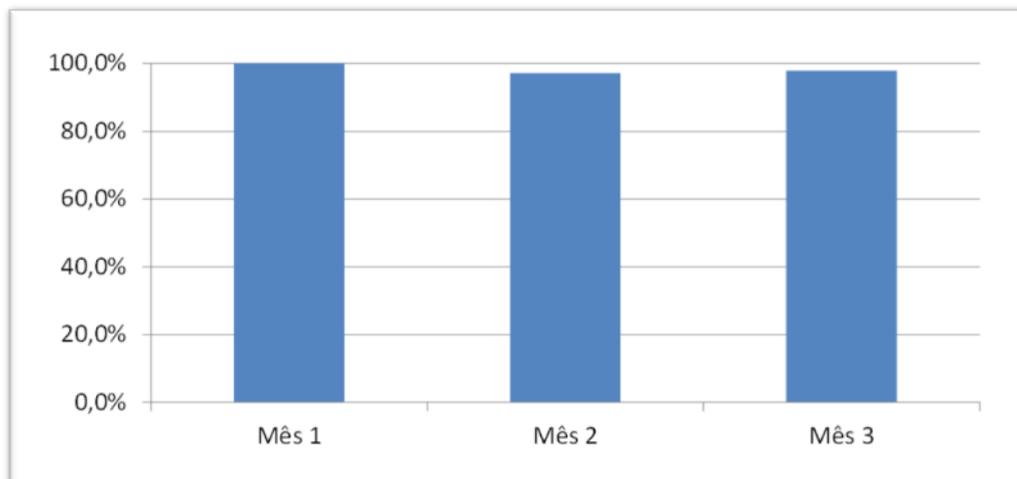


Tabela 17: Proporção usuários com orientação sobre alimentação saudável em dia do programa de atenção ao hipertenso, USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014.

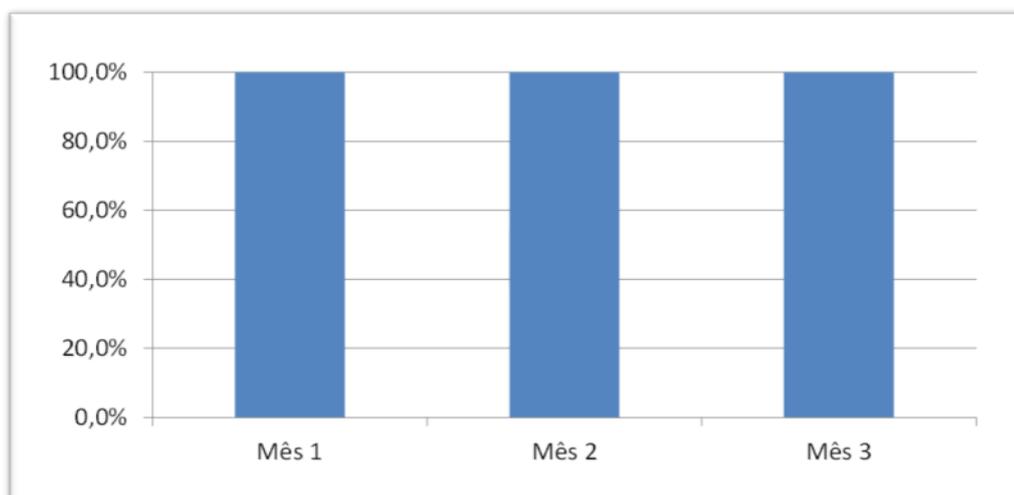


Tabela 18: Proporção usuários com orientação sobre alimentação saudável em dia do programa de atenção ao diabético, USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014.

O décimo indicador a ser avaliado é a proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular. Os hipertensos que apresentaram esse indicador no primeiro mês foram 10, correspondendo a 100 %, no segundo mês 35, que corresponde a 100% e no terceiro mês 47, o que corresponde a um percentual de 100%. Quanto aos diabéticos no primeiro mês 10, correspondendo a 100%, no segundo mês 21, o que corresponde a 100%, e no terceiro mês 26, correspondendo a 100%. A meta era de 100% e conseguimos atingi-las por orientação adequada dada pela médica da unidade e por termos tido a presença de uma educadora física no grupo que fizemos na quarta semana.

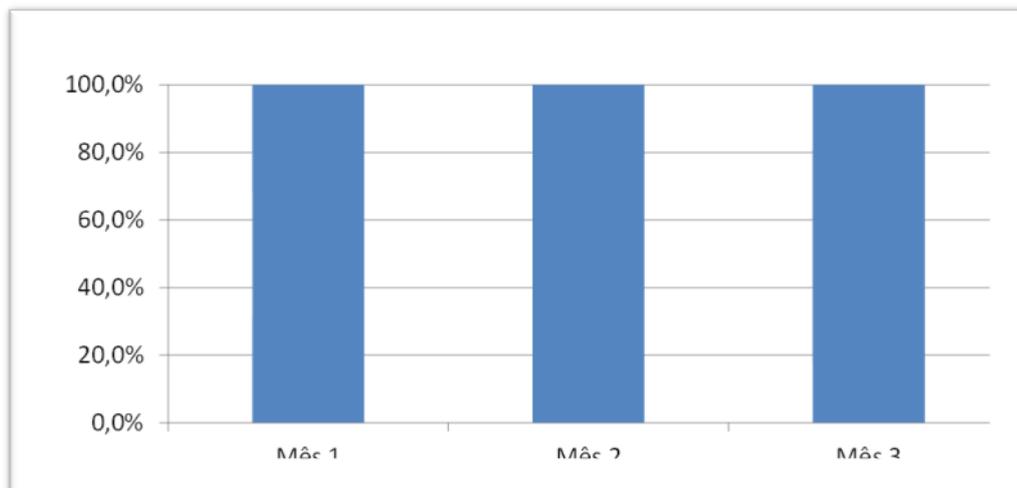


Tabela 19: Proporção usuários com orientação sobre a prática de atividade física regular em dia do programa de atenção ao hipertenso, USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014.

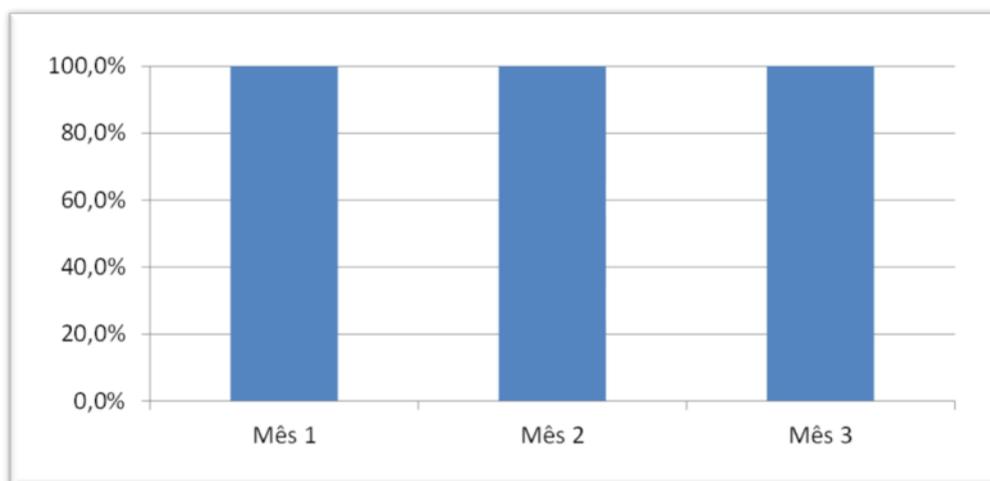


Tabela 20: Proporção usuários com orientação sobre a prática de atividade física regular em dia do programa de atenção ao diabético, USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014.

O décimo primeiro indicador a ser avaliado é a proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Os hipertensos que apresentaram esse indicador no primeiro mês foram 10, no segundo mês 35, e no terceiro mês 47, o que corresponde a um percentual total de 100%. Quanto aos diabéticos que receberam essa orientação, no primeiro mês foram 10, no segundo mês 21, e no terceiro mês 26, o que corresponde a 100%. A meta era de 100% e conseguimos atingi-las por orientação enfática dada nas consultas, pelas orientações que a equipe dava durante o acolhimento e durante as explicações de alguns cartazes que estão fixados na unidade.

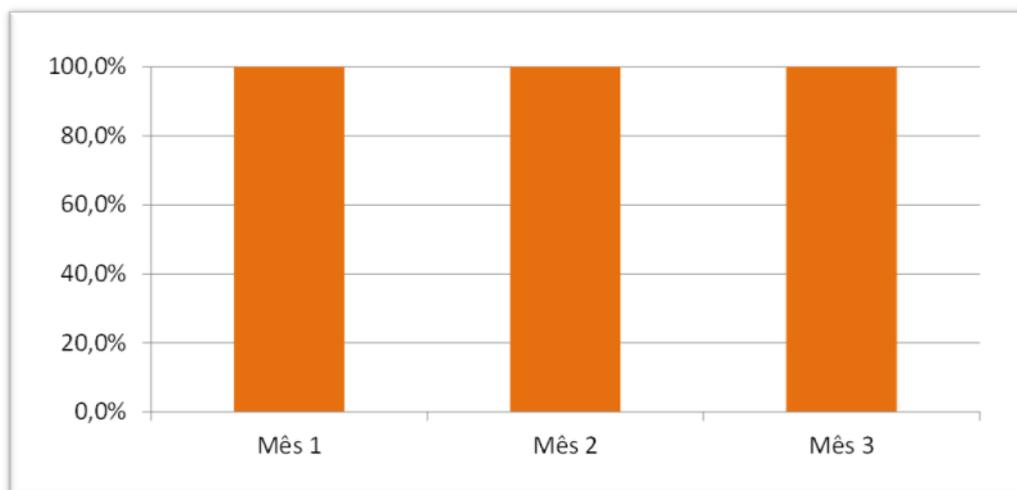


Tabela 21: Proporção usuários com orientação sobre os riscos do tabagismo em dia do programa de atenção ao hipertenso, USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014.

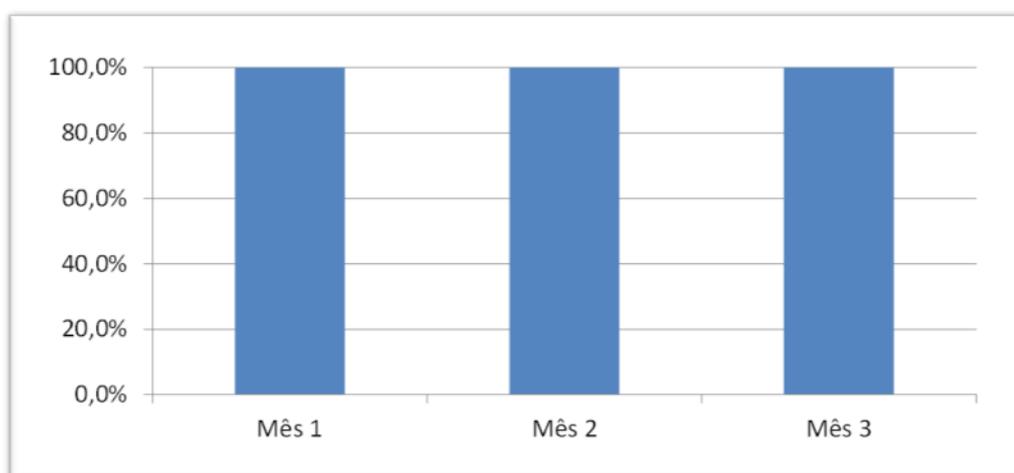


Tabela 22: Proporção usuários com orientação sobre os riscos do tabagismo em dia do programa de atenção ao diabético, USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014.

O décimo segundo indicador a ser avaliado é a proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. Os hipertensos que apresentaram esse indicador no primeiro mês foram 13, o que corresponde a 93.9% no segundo mês 34, correspondendo a 97.1% e no terceiro mês 47, o que corresponde a um percentual de 100%. Quanto aos diabéticos que receberam essa orientação, no primeiro mês foram 10, no segundo mês 21, e no terceiro mês 26, o que corresponde a 100%. A meta era de 100%. Nossa meta foi atingida nos diabéticos e chegamos perto de ser atingida com os hipertensos. Certamente pelo engajamento da equipe e devido ao nosso odontólogo estar presente na maioria das consultas.

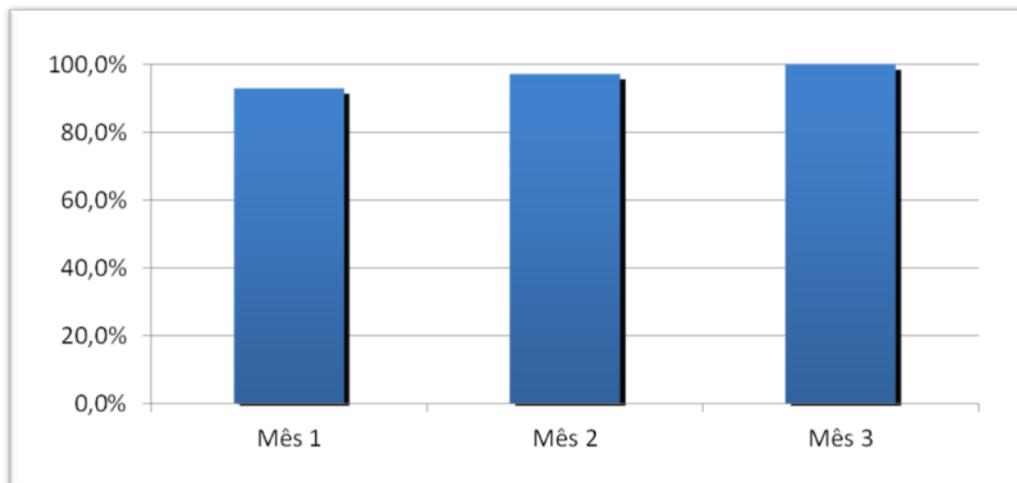


Tabela 23: Proporção usuários com orientação sobre saúde bucal do programa de atenção ao hipertenso, USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014.

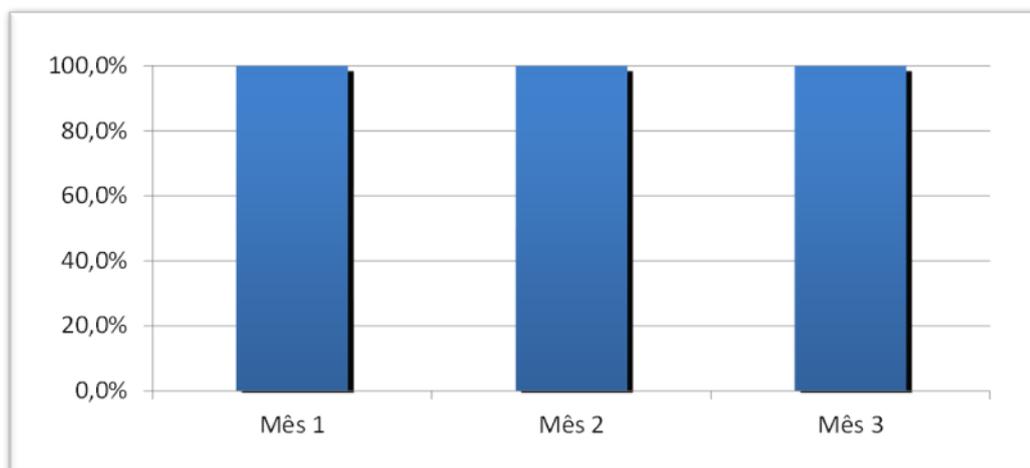


Tabela 24: Proporção usuários com orientação sobre saúde bucal do programa de atenção ao diabético, USF Ronay Lorentz Brenner. São Sepé/RS, 2014.

4.2 DISCUSSÃO

A intervenção propiciou a ampliação da cobertura de atenção aos diabéticos e hipertensos, a melhoria dos registros, a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para classificação de risco de ambos os grupos. Houve também a melhoria do atendimento odontológico, a qualificação dos profissionais participantes, a melhoria dos acolhimentos e dos agendamentos, a realização da busca ativa aos faltosos de maneira eficiente, e o envolvimento da comunidade.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes bem como acolhimento dos usuários. Esta atividade promoveu o trabalho integrado de toda equipe.

No projeto a médica e as técnicas de enfermagem foram responsáveis pelos cadastramentos, atendimentos clínicos, acolhimento, avaliação do projeto, e a organização dos grupos de diabéticos e hipertensos onde teria a participação de toda a equipe. Os agentes de saúde foram responsáveis pelas buscas ativas e atualização dos cadastros das famílias. A secretária da unidade foi responsável pelos agendamentos de consultas e retorno, bem como acolhimento dos usuários. O dentista realizou os atendimentos de saúde bucal e orientações sobre higiene bucal. Nossa auxiliar de serviços gerais ajudou no acolhimento. E a técnica de enfermagem separadamente da médica foi responsável pela triagem, medição de peso, altura e realização de HGT e acolhimento. O projeto aumentou a demanda de consultas dos usuários diabéticos e hipertensos na unidade e diminuiu as idas ao pronto socorro por situações potencialmente resolvíveis na atenção básica.

Antes da intervenção as atividades de atenção à hipertensão e diabetes eram concentradas na médica. Com a intervenção houve a revisão as atribuições de cada membro da equipe viabilizando a atenção à um maior número de pessoas. A melhoria do registro permitiu a melhoria da avaliação do projeto, por conseguinte a organização dos agendamentos conforme a classificação de risco, bem como a otimização da agenda para a atenção a demanda espontânea.

O impacto da intervenção foi percebido pela comunidade e muitos (profissionais e comunidade) relataram que nunca viram tantos DM/HAS fazendo uso dos serviços oferecidos pela unidade. A priorização de turnos para o atendimento dos usuários inicialmente gerava insatisfação, por isso passou-se a atender em livre demanda. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda haviam muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura.

A intervenção poderia ter sido facilitada se tivéssemos tido mais tempo (toda a equipe) de divulgar mais exhaustivamente a realização do projeto, pois mesmo a comunidade sabendo, muitos hipertensos e diabéticos deixaram de comparecer às consultas e não foram captados. Houve também a falta de articulação com a comunidade para exemplificar critérios de priorização de algumas urgências/emergências, pois se a mesma ocorresse havia demonstrações de insatisfação por parte dos usuários.

As ações da intervenção foram incorporadas à rotina e ampliou-se o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade da priorização da atenção a saúde dos diabéticos e hipertensos em especial as de alto risco. A partir do próximo mês teremos disponível mais uma agente de saúde e por isso pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos.

4.3 Relatório da intervenção para Gestores

Durante os meses de setembro a dezembro foi realizada uma intervenção na USF Ronay Lorentz Brenner que fica no bairro da Vila Block vinculado a São Sepé com foco na qualificação da atenção aos diabéticos e hipertensos da comunidade. A intervenção é parte do Curso de Especialização em Saúde da Família promovido pela Universidade Federal de Pelotas voltado aos profissionais participantes do PROVAB. Durante o curso cada estudante necessita escolher uma área para a intervenção e melhoria da saúde da comunidade. A minha equipe decidiu intervir na melhoria da saúde dos diabéticos e hipertensos, tendo em conta a deficiência dos registros, a ausência da realização do acompanhamento desses usuários pelo médico e dificuldade de orientação que esses usuários tem para usar a medicação corretamente, de se alimentar adequadamente e de realizar atividade física.

A intervenção durou 3 meses, nela cadastramos 57 dos diabéticos e 96 dos hipertensos o que corresponde a um percentual de 68,4% e 30,9% respectivamente,

sendo todos acompanhados na unidade. A assiduidade dos usuários depende da captação e de como os usuários ficaram sabendo do projeto, assim como das intercorrências que eles apresentaram.

A intervenção propiciou ampliação da cobertura à atenção da saúde dos hipertensos e diabéticos, a melhoria do atendimento odontológico e das orientações nutricionais, a melhoria dos registros e o uso dos mesmos para a avaliação do projeto. Durante a intervenção foram capacitados nove funcionários, sendo que a qualificação dos mesmos resultou na melhoria dos acolhimentos, dos agendamentos, a realização da busca ativa aos faltosos de maneira eficiente, o melhor atendimento na sala de triagem. Também houve a facilitação para que a médica exercesse o seu trabalho durante as consultas e também fez com que todos apresentassem conhecimento e estivessem engajados para a realização das atividades e do grupo que ocorreu na quarta semana.

O projeto aumentou a demanda das consultas dos diabéticos e hipertensos, sendo que acabamos optando para realizá-las em livre demanda. Também muito usuários que não sabiam se eram diabéticos e/ou hipertensos iam à unidade para medir a pressão arterial, e realizar hemoglicoteste. Ou seja, o projeto despertou nos usuários a vontade de cuidar da saúde. Para a melhoria dos indicadores necessitamos do fornecimento regular da medicação antidiabética e anti-hipertensivas, não só nas consultas como também no grupo. Temos a certeza de que a realização da capacitação dos funcionários, a manutenção adequada nos equipamentos da unidade, a reposição dos estoques, e a realização das atividades educativas foram imprescindíveis para que a população se sentisse satisfeita com o desenvolvimento do projeto.

Acredita-se que futuramente será necessário o aumento das cotas de exames laboratoriais principalmente, para que a médica possa ter um feedback mais rápido e com isso possa diagnosticar e tratar os usuários. Hoje tem-se mais ou menos R\$ 490,00 de cota e muitos dos usuários acabam por não conseguirem autorizar os exames no mesmo mês em que são solicitados.

Outra questão que deverá ser reconsiderada, é a contratação de um (a) enfermeiro (a) chefe, para que a unidade tenha uma equipe formada como os demais ESFs da cidade e para que se tenha um coordenador capacitado dentro da unidade. Com isso haverá uma maior resolubilidade dos problemas que surgirem em relação aos usuários e em relação à equipe.

4.4 Relatório da intervenção para Comunidade

Durante os últimos três meses a equipe de saúde do ESF Ronay Lorentz Brenner do bairro da Vila Block (bairro este vinculado à São Sepé) realizou uma intervenção direcionada aos diabéticos e hipertensos. Nela houve o aumento do número de diabéticos e hipertensos atendidos e acompanhados em nossa comunidade como também a melhoria dos usuários diagnosticados com diabetes e/ou hipertensão. O acesso ao tratamento odontológico também aumentou consideravelmente. Com a qualificação dos profissionais que trabalham na equipe obtivemos a melhoria dos acolhimentos, que é o trabalho realizado quando a população dá entrada na unidade e dos agendamentos. A realização da busca ativa aos faltosos às consultas de maneira eficiente e as reuniões com discussões da equipe sobre os casos mais delicados e a resolução dos mesmos permitiu a participação de todos. A participação dos familiares ou cuidadores nas consultas, permitiu que os usuários com baixo nível de instrução, sentissem maior segurança quanto a forma de usar a medicação e horário dos medicamentos como da maneira correta de seguir todas as orientações.

Inicialmente realizávamos as consultas em dias estabelecidos, porém depois constatamos a necessidade de atendermos os usuários, à medida em que eles chegassem à unidade de saúde para aumentarmos o número de usuários participantes do projeto. Normalmente os usuários chegavam em bom estado de saúde para a consulta. Houveram algumas situações de crise hipertensiva em que os usuários foram estabilizados dentro da unidade, e no dia do grupo houveram dois casos de hiperglicemia, em que esses diabéticos foram encaminhados ao hospital da cidade de São Sepé (onde somos vinculados), para a realização de hidratação e insulina. Cadastramos 57 diabéticos e 96 hipertensos que corresponde a um percentual de 68.4% e 30.9%, respectivamente, todas eles são acompanhados na unidade, e a frequência depende da disponibilidade de comparecer as consultas e ir até a unidade, da realização do grupo, do retorno que eles agendam ao sair da consulta e de eventuais aumento de pressão ou glicemia que eles apresentarem.

O projeto aumentou a demanda na sala de triagem, e na farmácia, e reduziu as idas ao pronto-socorro.

Temos a idéia, de que esse projeto se torne rotina do nosso serviço e no momento precisamos ampliar o trabalho para atingirmos a meta de cadastrar todos

diabéticos e hipertensos acompanhadas pela unidade, bem como diminuir o número de faltosos. Precisamos também melhorar a conscientização da comunidade para o cuidado com a saúde e orientar a importância de consultar na unidade e realizar exames de rotina. Possuímos um conselho local de saúde para melhor participação nas decisões relacionadas a saúde dos moradores. Para que isso perdure, contamos com a participação ativa de todos os moradores. Relembrando que estamos abertos a sugestões para a melhoria dos atendimentos.

5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE SEU PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

Inicialmente tinha dúvidas quanto à aplicabilidade do conhecimento obtido na especialização tendo em conta que as deficiências encontradas na prática muitas vezes impossibilitam a implementação de mudanças. Durante a especialização pude realizar revisão de vários assuntos através de artigos e livros textos relacionados à saúde dos hipertensos e diabéticos, saúde do idoso, saúde do homem, saúde da mulher e saúde da criança, assuntos que são de grande importância para prática clínica e de muito uso no cotidiano, e com isso pude ampliar de forma consistente o meu conhecimento nessa área da medicina. Interagi, mesmo que pouco, nos grupos contando e dividindo experiências, podendo tirar várias dúvidas, ver as dúvidas dos colegas e dar sugestões do dia a dia.

Pude melhorar o acesso dos usuários à unidade, o acolhimento efetivo dos mesmos, através da capacitação e atualização da equipe, a divulgação dos serviços oferecidos pela unidade, a melhoria nos agendamentos semanais e a iniciação dos cadastramentos dos usuários pertencentes ao nosso projeto e a implementação e iniciação de visitas domiciliares à população de nossa Vila.

Pude avaliar a situação e precariedade de condições sanitárias das famílias de risco e isso permitiu a realização de atendimentos individualizados. Também tive um contato próximo com as agentes de saúde conhecendo melhor sua realidade, trabalho desempenhado e pude contar com a seriedade e empenho das mesmas.

É de conhecimento de todos que certamente tive uma porcentagem de prejuízo em algumas tarefas e atraso dessas também, em prol do falecimento de meu pai no início da intervenção. Porém graças a seriedade e competência de minha orientadora, pude recuperar as tarefas, lutamos para que juntas fizéssemos um bom trabalho e chegamos ao fim deste com muito êxito.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde do hipertenso e diabético:. Brasília: Editora MS, 2009.

AUSIELLO, Dennis; GOLDMAN, Lee. **Cecil Tratado de Medicina Interna**. São Paulo: Elsevier, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. **Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes mellitus(DM): protocolo** / Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_06.pdf Acesso em: 28 set de 2014.

BRAUNWALD, Eugene et al. **HARRISON- Medicina Interna**. Rio de Janeiro: Artmed, 2013.

FERRARI, Carlos Kusano Bucalen. Atualização: fisiopatologia e clínica da síndrome metabólica. Arq Catarin Med. v.36, n.4, p.90-95, 2007. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/525.pdf>> Acesso em: 28 set de 2014.

GRUNDY, Scott et al. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. **Circulation**. v.112, n.17, p.2735-52, 2005.

[JNC VII] Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure: Report. JAMA. v. 289, n.19, p.2560-71, 2003.

OLIVEIRA, Reynaldo Gomes de; PEDROSO, Enio Roberto Pietra. **Black book, clínica médica**. São Paulo: Saraiva, 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO et al. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. Arq Bras Cardiol. 2005; v.84, n.1, p.3-28. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2005000700001> Acesso em: 28 set de 2014.

ANEXOS

Anexo C: Documento do código 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





Foto: médica da UBS Ronay Lorentz Brenner, Vila Block em São Sepé/ RS realizando exame físico em paciente, para avaliar risco cardiovascular.



Foto: Grupo de hipertensos e diabéticos realizado no dia 07/11/2014 na UBS Ronay Lorentz Brenner em Vila Block, São Sepé/RS

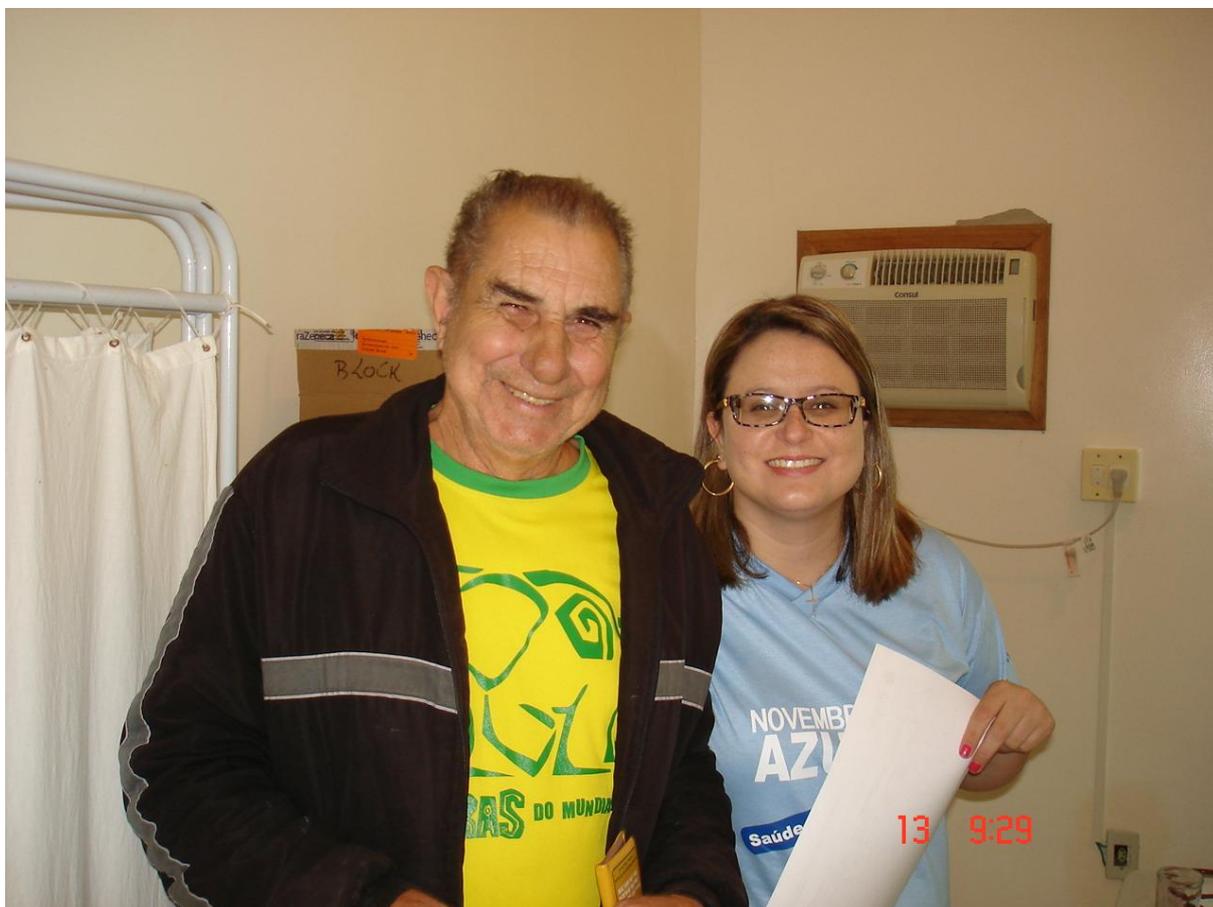


Foto ilustrativa da médica em dia de projeto, junto com paciente diabético e hipertenso.



Foto ilustrativa, em que a médica orienta hábitos de alimentação saudável e prática de atividade física.



Foto ilustrativa da equipe do ESF Ronay Lorentz Brenner realizando HGT no dia mundial do diabético (07/11/2014).