



UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS - UnASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Departamento de Medicinal Social
Curso de Especialização em Saúde da Família
Modalidade à Distância
Turma 4



Trabalho de Conclusão de Curso

Qualificação da atenção aos usuários portadores de hipertensão e diabetes, em uma unidade de Atenção Primária em Saúde

Bruna Cristiane Furtado Gomes

Pelotas, 2014

Bruna Cristiane Furtado Gomes

Qualificação da atenção aos usuários portadores de hipertensão e diabetes, em uma unidade de Atenção Primária em Saúde

Trabalho acadêmico apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância – UFPel/UnASUS, como requisito de avaliação para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Patrícia Nelly Alves Meira Menezes

Pelotas, 2014

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

G633q Gomes, Bruna Cristiane Furtado

Qualificação da atenção aos usuários portadores de hipertensão e diabetes, em uma unidade de Atenção Primária em Saúde / Bruna Cristiane Furtado Gomes; Patrícia Nelly Alves Meira Menezes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

69 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Doença crônica
4.Diabetes mellitus 5.Hipertensão I. Menezes, Patrícia Nelly Alves
Meira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

À José Vicente Gomes e Maria Luiza
Gomes – pais que souberam ser
fontes de cuidados e sabedoria.

Agradecimentos

Externo aqui meus agradecimentos a todos aqueles que de alguma maneira contribuíram para a consecução deste trabalho, em especial:

À Universidade Federal de Pelotas, e a equipe gestora e pedagógica do Programa UnASUS pelas condições que proporcionou para a realização deste estudo;

À minha orientadora Prof^a. Patrícia Nelly Alves Meira Menezes com seus valiosos comentários, críticas e sugestões, e pelo incansável apoio e compreensão, que renovou minha crença de que é possível fazer diferente apesar das limitações as quais nos deparamos; e Adrize Rutz Porto, co-orientadora que também contribuiu com seus saberes.

À Equipe da UBS 07, pelos momentos de convivência, diálogo, troca, parceria, crescimento, olhares, encontros, afetividade, respeito, e superação;

À Mariéle Barbosa, acadêmica de Enfermagem que auxiliou na digitação de dados.

À Cristiane de Fátima Magalhães Santos, mão amiga, um presente de Deus, que trouxe seus questionamentos pertinentes em momentos oportunos e seu apoio incondicional.

Ao meu querido Tiago - que foi como um impulso de energia para a vida. Hoje, sinto parte de mim mais viva, mais forte, me liberto do medo de dar um passo à frente, o novo não me assusta, e o cômodo não me comove mais. Obrigada por fazer parte da minha vida.

A essência humana não se encontra tanto na inteligência, na liberdade ou na criatividade, mas basicamente no cuidado. O cuidado é, na verdade, o suporte real da criatividade, da liberdade, e da inteligência. No cuidado se encontra o ethos fundamental do humano [...]

(Leonardo Boff)

Lista de Figuras

Figura 1 - Apresentação do município de Uruguaiana	14
Figura 2 - Mapa da área da área adstrita ao Bairro União das Vilas, Uruguaiana/RS.....	17
Figura 3 - Pirâmide etária conforme gênero da UBS.....	19
Figura 4 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS 07. Uruguaiana/RS, 2014.....	43
Figura 5 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS 07 . Uruguaiana/RS, 2014.....	43
Figura 6 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS 07. Uruguaiana/RS, 2014. Erro! Indicador não definido.	
Figura 7 - Proporção de diabético com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS 07. Uruguaiana, 2014.....	44
Figura 8 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS 07. Uruguaiana/RS, 2014.	46
Figura 9 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS 07. Uruguaiana/RS, 2014.	47
Figura 10 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo como protocolo na UBS 07. Uruguaiana/RS, 2014.	48
Figura 10 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS 07. Uruguaiana/RS, 2014.	49
Figura 11 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista Hiperdia ou da Farmácia Popular na UBS 07. Uruguaiana/RS, 2014.	50
Figura 12 - Proporção de diabético com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular na UBS 07. Uruguaiana/RS, 2014.	50
Figura 13 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínica em dia na UBS 07. Uruguaiana/RS, 2014.....	51
Figura 14 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS 07. Uruguaiana/RS, 2014.....	52
Figura 15 - Proporção de hipertensos com avaliação odontológica na UBS 07. Uruguaiana/RS, 2014.....	53
Figura 16 - Proporção de diabéticos com avaliação odontológica na UBS 07. Uruguaiana/RS, 2014.....	54

Lista de Abreviaturas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAMMI	Centro de aplicação e Monitorização de Medicamentos Injetáveis
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
COAS	Centro de Orientação Triagem e Aconselhamento
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HDL	<i>High Density Lipoproteins</i>
HIPERDIA	Sistema de cadastramento e Acompanhamento de Pacientes Hipertensos e Diabéticos
HGT	Hemoglicoteste
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
PMM	Programa Mais Médico
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UnASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNIPAMPA	Universidade Federal do Pampa

Sumário

Apresentação	11
1. Análise situacional UBS 07 Uruguaiana/RS	12
1.1 Situação da ESF/APS em seu município	12
1.2 Relatório da Análise Situacional	13
1.2.1 Cenário de estudo	13
1.2.2 O território da Unidade Básica	16
1.2.3. A população adscrita	18
1.2.4. A estrutura física	20
1.2.5. Demanda programada e demanda espontânea	20
1.2.6. Ações programáticas desenvolvidas na UBS 07	21
1.3. Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	23
2. Análise estratégica intervenção para Qualificação da atenção aos usuários portadores de hipertensão e diabetes, em uma unidade de Atenção Primária em Saúde	24
2.1 Justificativa	24
2.1.1 Objetivos e Metas	25
2.1.2 Objetivo Geral	25
2.1.3 Objetivos Específicos	25
2.2.3 Metas	26
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Ações	27
2.3.2. Indicadores	32
2.3.3 Logística	34
2.3.4 Cronograma	38
3. Relatório da intervenção para Qualificação da atenção aos usuários portadores de hipertensão e diabetes, em uma unidade de Atenção Primária em Saúde	39

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas	39
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas	40
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção	40
3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.....	41
4. Avaliação da intervenção	42
4.1 Análise dos resultados	42
4.1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade de saúde.....	42
4.1.2 Proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	44
4.1.3 Proporção de hipertensos e diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa	45
4.1.4 Proporção de hipertensos e diabéticos com os exames clínicos em dia de acordo com o protocolo.....	46
4.1.5 Proporção de hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo	47
4.1.6 Proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia	49
4.1.7 Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular	51
4.1.8 Proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação odontológica ...	52
4.1.9 Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e riscos do tabagismo	55
4.2. Discussão	55
4.3 Relatório da intervenção para os gestores	58
4.4 Relatório da intervenção para a comunidade	61
5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem.....	63
ANEXO A - Ficha espelho para coleta de informações.....	68

Resumo

GOMES, Bruna Cristiane Furtado. **Qualificação da atenção aos usuários portadores de hipertensão e diabetes, em uma unidade de Atenção Primária em Saúde.** 2014. 70f. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. UnASUS - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus representam dois dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, com frequência levam a condições incapacitantes do indivíduo, com graves repercussões para paciente, família e sociedade. O diagnóstico precoce oferece múltiplas oportunidades de evitar complicações e investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida, como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos. A associação das duas doenças na população é comum, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo paciente. Este trabalho trata-se de uma intervenção, realizada na UBS 07 de Uruguaiana/RS, com o objetivo de qualificar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. As ações realizadas incluíram o cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no programa HIPERDIA, o acompanhamento dos indicadores, a formação de grupo de educação em saúde, a realização de atividades educativas para a adesão ao tratamento medicamentoso e capacitações da equipe multidisciplinar. Com os desdobrar das ações durante os quatro meses de intervenção realizou-se o cadastramento e acompanhamento de 536 hipertensos (87,9%) e 129 diabéticos (86%). Ao final da intervenção 81,5% dos hipertensos e 86,8% dos diabéticos tiveram seus registros atualizados; constatou-se que 97,7% hipertensos e 91,5% dos diabéticos utilizam medicamentos disponíveis na farmácia popular; 99,6% hipertensos e 99,2% dos diabéticos submeteram-se a estratificação do risco cardiovascular pelo Escore de Framingham; e 100% dos hipertensos e diabéticos acompanhados receberam orientações nutricionais, orientações acerca dos benefícios da atividade física e riscos tabácicos. A atenção a estes usuários passou a ser de responsabilidade compartilhada de toda a equipe, proporcionou a capacidade de articular a atenção à demanda espontânea e programada e ampliou as possibilidades de resolubilidade das demandas locais. Espera-se que a gestão amplie este tipo de oportunidade para os demais profissionais, que seja estabelecida uma rotina de avaliação das atividades, que assegure a composição adequada da equipe, bem como espaços de reflexões das práticas clínicas. E para a comunidade deixamos o ensejo de que se aproprie das ações preventivas para que estas superem as ações curativas.

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

Apresentação

Este trabalho de conclusão do curso de Especialização em Saúde da Família modalidade a distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnASUS) / Universidade Federal de Pelotas (UFPel) é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o projeto pedagógico do curso.

Assim, o presente volume apresenta os resultados do processo de intervenção em quatro capítulos, sendo que no primeiro capítulo deste trabalho abordamos a análise situacional da Unidade Básica de Saúde 07/Uruguaiana. A análise situacional apresenta a sistematização da unidade, como ela se organiza em relação à equipe, a estrutura física, insumos, materiais disponíveis a organização, as atividades de educação em saúde e a relação com a comunidade.

No segundo capítulo apresentamos a análise estratégica, onde se analisa os indicadores de cobertura e qualidade das ações programáticas, elegendo um para trabalhar na referida unidade considerando a necessidade de qualificação, os princípios do SUS, a governabilidade e capacidade de governo do especializando, e a continuidade da ação após término da intervenção.

No terceiro Capítulo apresentamos a Intervenção em si, considerado os quatro eixos preconizados pelo curso de especialização (1) Organização e gestão do serviço, (2) Monitoramento e avaliação, (3) Engajamento público, (4) Qualificação da Prática Clínica. No quarto capítulo realiza-se a avaliação e discussão das ações realizadas ao longo das 16 semanas de intervenção, e por fim no quinto capítulo, a autora apresenta uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

1. Análise situacional UBS 07 Uruguaiana/RS

1.1 Situação da ESF/APS em seu município

A UBS 07 localiza-se na periferia do município de Uruguaiana no bairro União das Vilas. A população total deste bairro está em torno de 15 mil habitantes, sendo que apenas 02 áreas possuem Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

Durante a realização do diagnóstico comunitário, a maioria da população revelou procurar a UBS como porta de entrada nos serviços. Porém, podemos observar que a população não tem o hábito de procurar os serviços de saúde para promover a prevenção, e em sua maioria acessam o serviço já com um processo patológico instalado, buscando a cura. A falta de ACS é um problema para a unidade, pois fica difícil de realizar captações de gestantes precocemente, bem como promover a prevenção na comunidade nas áreas sem cobertura.

Os profissionais de saúde da rede básica têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial, quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso como de fazê-lo seguir o tratamento (BRASIL, 2006 a). A UBS é composta por uma equipe multiprofissional, composta por 02 técnicos de enfermagem, 02 ACS, 01 médico, 01 odontólogo, 01 enfermeira, os quais desenvolvem grupos de gestantes, hipertensos e diabéticos, projeto de prevenção de doenças e agravos não transmissíveis, atendimento de enfermagem, médico e odontológico, realização de exames laboratoriais, aplicação de vacinas, curativos, sondagens e distribuição de medicamentos. As consultas especializadas são agendadas via central de marcação para o serviço de referência.

Para a melhoria da qualidade da assistência à saúde a equipe procura organizar o processo trabalho de acordo com necessidade da população e não exclusivamente pela oferta, otimizando os recursos existentes no município.

A maior demanda por atendimento se dá pela população idosa, que nos chama a atenção para a necessidade de investir na promoção da autonomia e da vida saudável desse grupo social, assim como prover atenção adequada.

A UBS 07 também conta com a parceria da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), onde realiza diversos projetos voltados para a promoção da saúde na comunidade, bem como a reabilitação, dentre eles destacam-se o atendimento em fisioterapia motora que beneficiam a comunidade local. Existem várias dificuldades, porém a equipe é bastante unida e não mede esforços para prestar uma assistência de qualidade. Enfim nossa maior dificuldade está na falta de ACS, o que dificulta a promoção da saúde na comunidade, a captação precoce do paciente e seu acompanhamento contínuo.

1.2 Relatório da Análise Situacional

1.2.1 Cenário de estudo

O cenário de estudo e intervenção está inserido no município de Uruguiana que está situada na micro-região da campanha ocidental, especificamente na fronteira oeste do Estado do Rio Grande do Sul. Sua área é de 5.713 km², e atualmente tem uma população de 125.209 habitantes (IBGE, 2010), com densidade demográfica de 22hab/Km², Produto Interno Bruto (PIB) *per capita* 19.245,69 (2010) e percentual de população em extrema pobreza 4,04 (2010) percentual com plano de Saúde 8,50 (junho de 2013).

Sob o ponto de vista econômico, o município de Uruguiana tem como seu principal setor a agricultura, especialmente da cultura orizícola, porém o setor de serviços teve um grande crescimento nos últimos anos. O PIB é o valor síntese do resultado da atividade econômica do município. Equivale ao valor agregado de todos os bens produzidos e serviços prestados dentro do município, independente da nacionalidade dos proprietários das unidades produtoras desses bens e serviços. O PIB *per capita* indica os valores para a

economia de forma absoluta. Dividindo-se esse valor pela população de um município, obtém-se um valor médio *per capita*.

O município de Uruguaiiana apresentou em 2010 um PIB de R\$ 2.646.213,513,00 (dois bilhões, seiscentos e quarenta e seis milhões, duzentos e treze mil e quinhentos e treze reais), ficando no posto 15º em um total de 496 municípios que compõem o Estado. Com relação ao PIB *per capita*, Uruguaiiana está no posto 149º com R\$ 21.084 (vinte um mil e oitenta e quatro reais com dezenove centavos), e em 2010ª porcentagem da população em extrema pobreza era de 4,04%.

O PIB *per capita* foi um dos primeiros indicadores utilizado para analisar a qualidade de vida em uma determinada região. Podemos avaliar desta forma que Uruguaiiana apresenta uma qualidade de vida mediana em relação aos outros municípios de Rio Grande do Sul e se estes valores forem muito abaixo assinalam, em geral, a existência de segmentos sociais com precárias condições de vida.

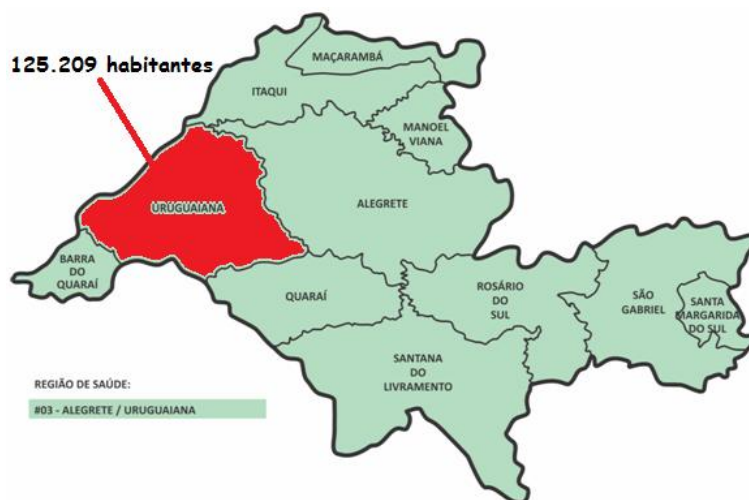


Figura 1 - Apresentação do município de Uruguaiiana

A atenção à saúde do município de Uruguaiiana, conta com 20 UBS tradicionais, não existe ESF e conseqüentemente NASF. Entretanto possui um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) do tipo 01, porém o processo de trabalho do CEO não está bem definido, uma vez que não atua como

unidade de referência no município, por falta de contratação de profissionais especializados.

Como serviços de referências, podemos destacar o Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), a policlínica infantil, a policlínica adulta, Centro de Orientação Triagem e Aconselhamento (COAS), o serviço de atenção à Saúde da Mulher e a Santa Casa de caridade de Uruguaiana.

A estruturação dos serviços de saúde mental no município de Uruguaiana, a partir da mudança de modelo da atenção manicomial, fruto da Reforma Psiquiátrica, perpassa o Ambulatório de Saúde Mental, a internação psiquiátrica em Hospital Geral, através da Santa Casa de Uruguaiana e o CAPS tipo II, Asas da Liberdade. O município de Uruguaiana demonstra-se carente na atenção em saúde Mental, visto que possui apenas o CAPS II para suprir a demanda dos usuários advindos da rede de Saúde Mental. Esta rede é incipiente e não possui profissionais capacitados para o cuidado integral em saúde mental que atendam na atenção básica (SILVA, GOMES 2010).

A policlínica infantil é uma unidade de assistência a crianças de até 12 anos de idade, conta com 02 pediatras, 01 nutricionista, 01 enfermeira, e técnicas de enfermagem. Este serviço é de difícil acesso para os usuários, pois as fichas devem ser agendadas nas UBS, cada unidade pode agendar 01 ficha por dia e dificilmente a demanda é atendida.

A policlínica adulta é um centro de referência que conta com algumas especialidades, como gastroenterologista, cardiologista, neurologista, urologista, psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas. O acesso a este serviço ocorre através de agendamentos nas unidades de Atenção Básica.

O COAS é um serviço de referência em diagnóstico e tratamento de HIV, assim como Centro de aplicação e Monitorização de Medicamentos Injetáveis (CAMMI) funciona como referência em tratamento de hepatites, nestes serviços os usuários podem contar o diagnóstico e tratamento das referidas doenças e com o acompanhamento de uma equipe multiprofissional.

O serviço especializado em saúde da mulher também é marcado pela dificuldade de acesso dos usuários relacionados à escassez de profissionais gineco-obstetras, o município também contava com Centro de Atenção ao Pré-natal de Alto Risco, que foi desestruturado.

Uma análise geral da Saúde em Uruguaiana, nos permite refletir sobre a necessidade de qualificação da gestão em saúde, a organização dos serviços existentes, a necessidade de expansão e/ou estruturação da atenção à saúde de crianças, mulheres e idosos e, sobretudo, expansão e qualificação de unidades básicas, com estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência para especialidades como traumatologia, urologia e neurologia, e implantação de ESF, uma vez que a ESF ainda não é considerado prioridade pela atual gestão.

1.2.2 O território da Unidade Básica

O processo de territorialização consiste em uma etapa fundamental de apropriação/conhecimento do território pelas equipes de trabalhadores da atenção básica, em que ocorre a cartografia do território a partir de diferentes mapas (físico, socioeconômico, sanitário, demográfico, rede social, etc.). Por meio da territorialização, amplia-se a possibilidade de reconhecimento das condições de vida e da situação de saúde da população de uma área de abrangência, bem como dos riscos coletivos e das potencialidades dos territórios. A dimensão da responsabilidade sanitária diz respeito à responsabilidade que as equipes devem assumir. Neste sentido, a realização de um diagnóstico comunitário em um território visa conhecê-lo em profundidade de maneira a problematizar as principais dimensões de sua realidade social, em um contexto complexo e dinâmico como são as comunidades.

A UBS 07 localiza-se na Avenida Rio Uruguai S/N, na Promorar I bairro União das Vilas na periferia do município de Uruguaiana. Este bairro é composto pelas Vilas Pró-Morar, Pró-Ficar, Cristal e Áreas Verdes, Loteamento das Camélias, Loteamento Dona Laura, Cristal, Santos Dumont, Celi Lisboa, DNER, LBA e Jardim do Salso.



Figura 2 - Mapa da área da área adstrita ao Bairro União das Vilas, Uruguai/RS

A Unidade de Saúde é uma Unidade Básica Tradicional, pois foi descredenciada do Programa Saúde da Família em 2011, por não estar adequada aos critérios pré-estabelecidos e por não constar com número de ACS suficiente. A UBS 07 é uma Unidade urbana. Atualmente a população total está em torno de 15 mil habitantes, sendo que estão cadastrados na UBS 4,009 mil habitantes, divididas em nove microáreas cadastradas de acordo com o número da família, que abrangem as vilas Promorar I, com uma população de 1404 pessoas cadastradas, Loteamento das Camélias 125, Proficar 948, Áreas Verdes 1401, Loteamento Dona Laura 251, Cristal 1.113, Santos Dumont 201, Celi Lisboa 109, DNER 192, LBA 248 e Jardim do Salso 199. Sendo que dessas nove microáreas apenas duas possuem ACS. A figura 2 faz uma demonstração das microáreas abrangidas pela UBS 07, sendo apenas duas microareas possuem ACS.

A UBS 07 tem convênio com a UNIPAMPA e com a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). A UNIPAMPA realiza estágios curriculares e diversos projetos dos cursos de fisioterapia, farmácia e enfermagem. A UFSM é representada pelos estudantes do curso de medicina, que realizam o internato regional na Unidade.

A Unidade é composta por uma equipe mínima de profissionais contratados por meio do concurso público, em que realizam 40 horas semanais de trabalho.

A equipe de saúde presta assistência a uma população proveniente de várias áreas do município, embora sua área adstrita seja 4.009 habitantes, é considerada assim, uma Unidade com alta demanda onde usuários de toda cidade procuram por atendimento. Tal fato ocorre, pois temos um atendimento organizado, e o profissional médico, e enfermeiro está presente na maior parte do turno na unidade, fato que não ocorre nas outras Unidades do município, onde faltam profissionais.

Porém a frequente e excessiva demanda torna o trabalho exaustivo para a equipe, e o número deficitário de ACS é um dos maiores problemas, pois fica quase impossível fazer o acompanhamento adequado.

A equipe de saúde apresenta um ótimo comprometimento e realiza um cuidado integral e humanizado, superando diversas dificuldades que permeiam seu processo de trabalho. Tais dificuldades vão desde a falta de materiais básicos para a assistência do paciente como soro fisiológico, gases, ataduras e medicamentos, como a falta de especialidades e sistema de referência e contra referência e acompanhamento hospitalar do usuário. Também não existe o apoio da população na gestão dos serviços de saúde, uma vez que não há na UBS o envolvimento com o controle social: com tantas coisas para serem resolvidas na atenção básica em nível político, acreditamos que o controle social seria um aliado para auxiliar-nos a reivindicar nossos direitos, porém não encontramos moradores interessados em participar de um conselho local.

1.2.3. A população adscrita

A população cadastrada na UBS 07 é de 4.009 habitantes, porém o atendimento é superior a este número, pois está acaba por ser a única unidade de referência para uma população de 15 mil habitantes.

Em relação aos dados socioeconômicos da população do bairro união das Vilas podemos observar que a maioria dos trabalhadores desempenha alguma atividade informal, ou autônoma, ou seja, não possuem carteira assinada, e também existe uma quantidade significativa de aposentados. As

ocupações mais comuns entre os moradores são: trabalhadores rurais, caminhoneiros, catadores de materiais recicláveis, mecânico, sapateiro, pedreiro, do lar, serviços gerais, servidor público, trabalhadores do comércio, aposentados e pensionistas.

Em relação à propriedade de moradia em sua maioria são provenientes de “invasão” de terras, porém em relação às condições de moradia e construção, observa-se uma extensa variedade de acordo com a localização no bairro, ou seja, na Promorar e Proficar, as casas são bem estruturadas em sua maioria de alvenaria e com água encanada e saneamento básico, em contraste com as áreas verdes, Celi Lisboa, Loteamento dona Laura que são áreas socialmente desfavorecidas. Em relação aos níveis de escolaridades, há uma grande variação, porém a população de mais idade em sua maioria não é alfabetizada, ou possui baixo grau de escolaridade.

Como podemos observar na pirâmide etária, a população adstrita à Unidade Básica apresenta uma grande variação na faixa etária, predominando o maior número de pessoas na faixa etária de 10 a 25 anos, seguindo da população idosa com mais de 70 anos, sendo a população masculina maior que a população feminina.

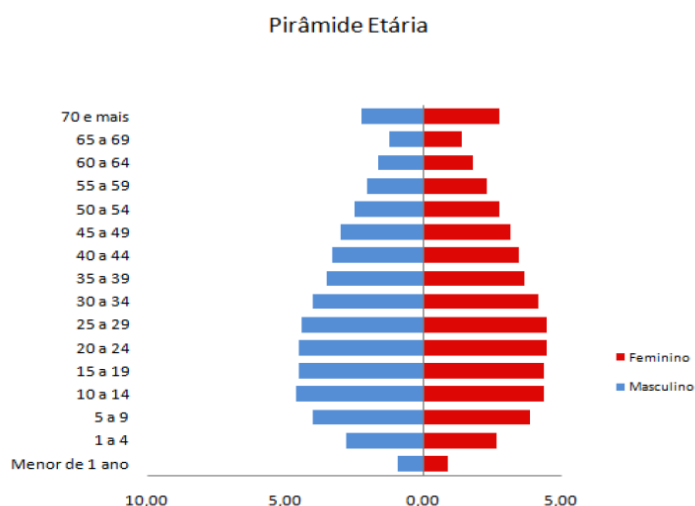


Figura 3 - Pirâmide etária conforme gênero da UBS

1.2.4. A estrutura física

Em relação à estrutura da UBS, temos um espaço físico bom o suficiente para atender a demanda da população. A unidade básica é composta pela sala de vacinas, localizada logo na entrada da unidade, logo temos a recepção, sala de triagem e ambulatório, 01 consultório odontológico, 01 consultório de enfermagem, 04 consultórios médicos, sala de reuniões e atividades grupais, 03 salas de fisioterapia, 01 sala de esterilização, 03 banheiros e copa. Entretanto a estrutura apresenta algumas fragilidades em relação ao planejamento, pois podemos observar que as paredes da unidade são texturizadas, os pisos não favorecem a higienização, o espaço é mal estruturado. Por exemplo, o banheiro para os pacientes é apenas um, comportando feminino/masculino e não está adequado para portadores de deficiência. Porém, viemos trabalhando junto aos gestores do município para modificar e minimizar as inadequações da unidade de saúde.

1.2.5. Demanda programada e demanda espontânea

Para a melhoria da qualidade da assistência à saúde a equipe procura criar vínculo com a população e elaborar instrumentos e tecnologias que apoiem o processo de organização do serviço voltado para necessidade da população e não exclusivamente para a oferta. Pensar a necessidade da comunidade é lembrar os princípios do SUS, é pensar a Integralidade de modo a conhecer a realidade, identificando prioridades e tendo como base o perfil epidemiológico do território e a otimização dos recursos existentes no município. É a busca da Universalidade se traduzindo na organização do serviço de modo que se garanta o acesso não só para aqueles que procuram, mas também para aqueles que mais precisam. Para isso é preciso utilizar como ferramentas de trabalho a Equidade e o Acolhimento. O Acolhimento não como um ato individual, mas coletivo, uma estratégia que visa à ampliação do acesso com abordagem de risco e vulnerabilidade, um diálogo construído dentro do serviço com os profissionais de saúde e com a comunidade.

Ao analisar previamente a população atendida na UBS, observa-se que a maior demanda por atendimento se dá pela população idosa, que vem ao encontro com Minayo (2002) que traz reflexões acerca do envelhecimento da

população, chamando a atenção para a responsabilidade dos gestores públicos e a sociedade, em que se faz necessário investimento na promoção da autonomia e da vida saudável desse grupo social, assim como prover atenção adequada às suas necessidades. Esse novo tempo dos velhos requer planejamento, logística, formação de cuidadores e, sobretudo, sensibilidade para saber que de agora em diante a população idosa veio para ficar e continuará aumentando até os anos 2050.

Na UBS 07 também se realiza as consultas de Enfermagem, na área de saúde da mulher, puericultura, atendimento aos idosos, porém os atendimentos de maior demanda são os pacientes hipertensos.

Em relação à demanda espontânea não posso deixar de destacar que enfrentamos uma grande procura por atendimento médico imediato, sem agendamento, sem consultas marcadas - cada pessoa que procura a unidade acredita ter o “direito” a uma ficha “extra” de urgência, embora tenhamos o hábito de informar os critérios da avaliação de urgência, e a possibilidade de atendimento a demanda espontânea, cada sujeito acredita que sua queixa é maior que a do outro. Tal fato ocorre devido à falta de profissionais nas demais unidades do município. A equipe, portanto utiliza-se do acolhimento para orientar os pacientes e realizar os devidos encaminhamentos.

1.2.6. Ações programáticas desenvolvidas na UBS 07

Em relação à saúde da criança, as ações desenvolvidas são ainda tênues, há pouco tempo começamos a conscientizar as mães sobre a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida, pois o fato de não haver pediatra na unidade e por questões culturais da população, as crianças somente apareciam na unidade para realizar as imunizações e não tinham o hábito de realizar consultas com o médico ou com a enfermeira. Portanto, estamos trabalhando com os grupos de gestante e enfatizando a necessidade de trazer a criança para realizar a primeira consulta antes dos 15 dias e seguir nos primeiros anos de vida.

O acompanhamento pré-natal na unidade de saúde é bem estruturado e segue os protocolos do Ministério da Saúde (MS), tendo registro específico e monitoramento mensal com busca ativa das gestantes faltosas. Mensalmente é

realizado na unidade o grupo de integração das gestantes em que são discutidas diversas dúvidas e questões referentes ao pré-natal, puerpério, e cuidados com o recém-nascido. O grupo é coordenado pela enfermeira da unidade, tendo a participação de fisioterapeutas e ACS. Um fator que influencia negativamente no pré-natal é a falta de ACS e a captação precoce das gestantes.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama existe uma boa adesão das pacientes, seguem-se os protocolos e manuais do MS para realizar as consultas, porém o monitoramento é limitado, a busca ativa se dá apenas as mulheres que apresentaram algum tipo de alteração nos exames. As atividades de educação em saúde são realizadas de forma contínua.

O programa de cadastramento dos Hipertensos e Diabéticos (HIPERDIA) destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002). Este programa tem uma baixa adesão pelos usuários embora seja reforçada a necessidade de acompanhamento e avaliação a cada seis meses, os pacientes cadastrados, assim como seus familiares são convidados a participar das atividades em grupo a cada quinze dias, porém poucos participam dos grupos. As ações do HIPERDIA são realizadas de acordo com o manual técnico do MS, porém a déficit de informações no registro, não há acompanhamento pela ficha espelho, e cruzamento de dados no retorno do paciente.

A saúde dos idosos por sua vez, também apresenta um déficit de adesão do município com o Ministério da Saúde, pois não apresenta ações com este foco sendo desenvolvida no município. O município não aderiu à Política Nacional do idoso, no momento na UBS estamos organizando o grupo de idosos, porém não possuímos protocolos e monitoramento dos atendimentos realizados.

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

A análise situacional da unidade foi bastante positiva, pois possibilitou um olhar abrangente da gestão do processo de trabalho e da estrutura física da Unidade. Com a análise das ações programáticas, observei a urgente necessidade de qualificar as práticas e adotar protocolos e registros que possibilitem o monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas, desde o momento da aplicação do questionário, venho trabalhando junto à equipe a organização do processo de trabalho para possibilitar o acompanhamento das ações desenvolvidas e incentivando o controle social junto aos usuários. A forma como é conduzido nosso pensamento enquanto especializando é muito didática, pois nos faz comparar a realidade com o que é preconizado pelo Ministério da Saúde, e nos faz refletir sobre cada elemento que compõe a Unidade de Atenção primária em Saúde desde a organização da estrutura até o processo de trabalho, hoje me sinto preparada para avaliar as ações que nossa equipe realiza, bem como contribuí com sugestões de melhorias junto aos gestores.

2. Análise estratégica intervenção para Qualificação da atenção aos usuários portadores de hipertensão e diabetes, em uma unidade de Atenção Primária em Saúde

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um problema grave de saúde pública, é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais, sendo responsável por pelo menos 40% das mortes por acidente vascular cerebral, por 25% das mortes por doença arterial coronariana e, em combinação com o diabetes, 50% dos casos de insuficiência renal terminal. Com o critério atual de diagnóstico de hipertensão arterial (PA 140/90 mmHg), a prevalência na população urbana adulta brasileira varia de 22,3% a 43,9%, dependendo da cidade onde o estudo foi conduzido (BRASIL, 2006a).

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) representam dois dos principais fatores de risco para doenças cardiovasculares, estas doenças levam, com frequência, a condições incapacitantes do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade (BRASIL, 2006a, BRASIL, 2006b). Quando diagnosticadas precocemente, estas doenças são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas oportunidades de evitar complicações. A possibilidade de associação das duas doenças é muito comum, o que requer, na grande maioria dos casos, o manejo das duas patologias num mesmo paciente. Investir na prevenção é decisivo, não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos. (PASSOS, BARRETO, 2006).

A Unidade Básica 07, está em fase de transição para Estratégia de Saúde da Família (ESF), sendo que em quanto Unidade Básica de Saúde (UBS) a adscrita é de 4.009 habitantes. A população apresenta baixas condições socioeconômicas, a adesão ao tratamento clínico é relativamente

baixo, existe um grande número de pacientes hipertensos e diabéticos, porém observa-se uma tênue adesão ao acompanhamento e as atividades de educação em saúde, o que reflete em um grande número de pacientes com valores pressóricos e glicêmicos descompensados, e com baixa adesão ao tratamento medicamentoso. A unidade básica de saúde é bem estruturada, possui uma equipe completa, a qual trabalha de forma integrada, onde todos os profissionais tem ciência de suas atribuições, o que facilita o processo de trabalho em si.

Neste sentido, partindo da análise situacional da atenção ao paciente hipertenso e diabético atendido na UBS 07, podemos observar que há uma baixa cobertura do Programa de HIPERDIA, a equipe de modo geral considera fundamental investir na qualificação das ações de prevenção e promoção da saúde deste público alvo garantindo a longitudinalidade da atenção a integralidade das ações, a sistematização de registros específicos que permitam o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, impactando assim na melhor qualidade de vida da população acompanhada pela Unidade.

2.1.1 Objetivos e Metas

2.1.2 Objetivo Geral

Qualificar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica 07/Uruguiana RS.

2.1.3 Objetivos Específicos

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

2.2.3 Metas

1. Cadastrar 95% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;
2. Cadastrar 95% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;
3. Buscar 90% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;
4. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ ou diabéticos.
5. Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
6. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
7. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde;
8. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos Hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
9. Garantir avaliação odontológica a 50% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos;
10. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos;

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

Ações de Monitoramento e Avaliação

O monitoramento e a avaliação devem ser utilizados como meio de melhorar os projetos existentes, aprimorar o conhecimento sobre sua execução e seu planejamento futuro, tendo como pano de fundo a contribuição aos objetivos institucionais. Neste sentido, monitoramento e avaliação é um exercício permanente e um compromisso com as repercussões do projeto ao longo de sua realização. Sendo assim ao longo da intervenção desenvolver um sistema de monitoramento e avaliação das seguintes ações:

- Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde; Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia); Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).
- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos; Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada; Monitorar o número de Hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde; Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada; Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde; Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.
- Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano; Monitorar o número

de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista; Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista; Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos; Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos; Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos; Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos; Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos; Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Ações de Organização e Gestão do serviço

Os serviços de saúde têm características que geram exigências particulares, em termos de organização e de gestão, por atenderem necessidades complexas e variáveis que têm dimensões (biofísicas, psicossociais) e cuja definição varia em função da classe social e das respectivas representações da saúde, da doença, da morte; da clientela (crianças, velhos, homens e mulheres) e do tipo de problema (agudo, crônico). Há variações individuais e, até certo ponto, cada problema é único: casos simples também comportam elementos de risco. Os prestadores precisam de autonomia para adaptar os serviços às necessidades específicas dos usuários. No setor saúde, os usuários nem sempre têm a informação para definir sua forma de atendimento de acordo com a sua necessidade. Portanto, neste trabalho pretende-se além de esclarecer os usuários acerca da importância do acompanhamento adequado e definir suas necessidade e prioridades, pretende-se também organizar o serviço de forma a permitir o desenvolvimento de ações de saúde de qualidade e registros que permitam o acompanhamento do usuário.

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa; Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS; Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde; Garantir o registro dos diabéticos

cadastrados no Programa; Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de diabetes.

- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos; Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.
- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos; Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais; Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde; Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos; Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; Garantir a solicitação dos exames complementares; Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados; Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
- Manter as informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) atualizadas; Implantar planilha/registro específico de acompanhamento; Pactuar com a equipe o registro das informações; Definir responsável pelo monitoramento registros; Organizar 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.
- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco; Organizar a agenda para o atendimento desta demanda. Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso; Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico; Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes; Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável;

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física; Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nestas atividades; Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Ações de Engajamento Público

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à HAS e à DM da UBS; Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes; Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas;
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos); Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos);
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares; Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular; Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à

importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde; Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista; Orientar hipertensos diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável; Orientar hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular; Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Ações de Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito; Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde; Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Treinar os ACS para a orientação de Hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado; Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos; Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés; Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação; Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e diabético;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde; Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes

tabagistas; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas; Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

2.3.2. Indicadores

Abaixo, os indicadores utilizados no monitoramento e avaliação dos resultados:

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.

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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

11. Proporção de hipertensos faltosos com a consulta de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica.

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

12. Proporção de diabéticos faltosos com a consulta de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica.

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

13. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e risco do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Numerador: Número de pacientes hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e risco do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

A Logística é uma forma de abastecimento que planeja, implementa e controla o fluxo e armazenamento eficiente e econômico de matérias-primas, materiais semi-acabados e produtos acabados, bem como as informações a eles relativas, desde o ponto de origem até o ponto de consumo, é considerada área da Gestão responsável por prover recursos, equipamentos, e informações para a execução de todas as atividades de uma ação. Neste sentido a logística do projeto de intervenção foi detalhada a fim de garantir o planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações.

Para anotar as ações desenvolvidas será formulado um protocolo específico com base no Caderno de atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica de 2006 e o Caderno de Atenção Básica Diabetes Mellitus 2006. Cada usuário cadastrado na unidade terá uma ficha espelho para controle das anotações, e exames realizados em cada consulta de controle, estima-se alcançar 40% da população portadora de DM e 50% da população Portadora de HAS adstrita a área da UBS, os pacientes cadastrados terão como controle próprio uma carteira com os medicamentos utilizados e controle semanal da pressão arterial e/ou glicemia disponibilizada pelo município. As fichas espelho serão arquivadas separadas dos demais prontuários a fim de facilitar o monitoramento de consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso. Um membro da equipe ficará encarregado de revisar estes prontuários mensalmente.

Partindo da necessidade de realizar práticas de educação permanente com a Equipe será programada uma hora de estudo dentro do espaço da Unidade básica no final do expediente para atualização e qualificação da prática clínica. Portanto, os estudos iniciaram com a revisão dos Cadernos de

atenção Básica de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Atenção Básica Diabetes Mellitus (BRASIL, 2006), e terá continuidade com a revisão dos protocolos de manejo clínico e revisão do registro específico. Promover discussões e reflexões com a equipe abordando: (1) verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito; (2) realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; (3) atualização do profissional no tratamento da hipertensão; (4) Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia; (5) Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; (6) Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e diabético; (7) Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável; (8) Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis; (09) Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas; (10) o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas; (11) Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários para o acompanhamento do atendimento dos usuários portadores de Hipertensão e Diabetes; (12) elaboração e realização de ações coletivas multiprofissionais de educação em saúde voltadas ao paciente hipertenso e/ou Diabético e sobre metodologias de educação em saúde.

Os ACS deverão ser capacitados quanto (1) a realização da busca dos usuários faltosos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço; (2) para o cadastramento dos usuários acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência portador de Hipertensão ou diabetes e que estão impossibilitados de ter acesso à unidade básica de Saúde; (3) quanto a orientação da comunidade para a necessidades de aferir a pressão arterial e/ou glicemia ao menos uma vez ao ano e realizar as consultas e sua periodicidade; (4) quanto a orientação da comunidade acerca da organização do serviço para o acolhimento dos usuários portadores de Hipertensão e ou diabetes, e divulgação das ações de educação em saúde realizadas pela equipe.

A equipe de saúde em especial os ACS deverão divulgar na comunidade sobre as ações desenvolvidas com foco no paciente hipertenso e/ou diabético, bem como a importância do acompanhamento periódico e sobre as facilidades de realizá-lo na unidade de saúde. A comunidade deverá ser informada de como ocorrerá o acolhimento, a importância de trazer junto as consultas a carteira de hipertenso e as receitas com as medicações utilizadas; Orientar a comunidade sobre a disponibilidade de visita domiciliar para os usuários hipertensos e/ou diabéticos acamados ou com problemas de locomoção e sobre os casos em que se deve solicitar visita domiciliar.

A equipe de saúde deverá esclarecer a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Informar a população sobre a importância da participação nas atividades educativas. Identificar junto à população temas de interesse a serem abordados nas palestras, e ouvir a comunidade sobre estratégias para melhorar acessibilidade e atendimento.

O acolhimento ao paciente é de suma importância dentro dos procedimentos da equipe de Atenção Básica em Saúde, uma vez que no momento em que o usuário busca por atendimento ele também busca por atenção, por acompanhamento, e o mesmo é esperado pelos seus familiares. Sendo assim, o acolhimento do usuário portador de Hipertensão e/ou Diabetes que buscarem o serviço será realizado, por qualquer membro da equipe de saúde, onde deverá ser encaminhado para uma avaliação com a enfermeira ou técnico de enfermagem, usuários com Hipertensão e/ou hiperglicemia descompensados, sinais de dor e/ou hipertermia deverão ser orientados e encaminhados imediatamente para avaliação médica ou de enfermagem conforme protocolo da Unidade e orientados a realizar o mapa de controle. A agenda não deverá ser alterada para atender a demanda de urgências relacionadas à hipertensão e ou diabetes, estas serão priorizadas nas consultas destinadas ao pronto atendimento. Todos os usuários serão convidados a participar do grupo de Hipertensão e Diabetes na Unidade e do Projeto de Doenças e Agravos não Transmissível realizado na Unidade, onde receberão orientações de educação em saúde sobre diversos temas, incluindo saúde bucal e realização de atividades físicas.

Para o registro das ações está sendo elaborada a ficha espelho de atenção à saúde do usuário portador de Hipertensão e/ou Diabete, onde mensalmente a auxiliar administrativa realizará a revisão das fichas espelhos e prontuários e encaminhará para o agente de saúde fazer a busca ativa dos usuários faltosos nas consultas e avaliações clínicas; No final de cada mês, as informações das fichas espelho serão digitadas nas planilhas eletrônicas, estima-se que em 02 meses após o início das ações 25% da população já estejam cadastradas e com o exame físico e avaliação e exames laboratoriais atualizados, participando das atividades em grupos na Unidade.

3. Relatório da intervenção para Qualificação da atenção aos usuários portadores de hipertensão e diabetes, em uma unidade de Atenção Primária em Saúde

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

Em relação às ações de monitoramento e avaliação foi possível cumprir o planejado em relação ao monitoramento: do número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à HAS da UBS e de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à DM da UBS, da realização de exame clínico; do número de exames laboratoriais solicitados, de acordo com a periodicidade recomendada; do acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, da qualidade dos registros dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na UBS; do número de pacientes hipertensos e/ou diabéticos com realização de, pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano; da realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista; da realização de orientação nutricional, prática de atividade física regular e riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos. Concluir essa etapa, só foi possível, pois conseguimos garantir a participação e o engajamento de toda a equipe.

Em relação às ações de organização e gestão do serviço não tivemos dificuldade, pois já eram ações que vínhamos realizando, porém precisavam ser registradas. Portanto, foi possível melhorar o acolhimento, garantir material adequado para medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e Hemoglicoteste (HGT) na UBS.

Nas reuniões em equipe foi possível definir atribuições de cada componente e estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais, manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na UBS. Pactuar com a equipe o registro das informações e

mantê-los atualizados e priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Implantamos também na unidade, além do grupo de hipertensos e diabéticos, o grupo de atividades físicas, o grupo de alimentação saudável com o acompanhamento da nutricionista, o grupo de riscos do tabagismo e com vistas à implantação das academias de saúde.

Em relação à participação da comunidade, não tivemos dificuldades, pois a maioria participou dos atendimentos em grupo, deram sugestões em relação à organização do serviço, compartilharam seus anseios e dúvidas. Enfim, ajudaram a construir conhecimentos e vivências.

As ações de educação permanente tornaram-se cada vez mais intensas na UBS. Vem se discutindo casos e condutas, trabalhando as dificuldades, elaborando capacitações pontuais, referentes ao trabalho das ACS e técnicos de enfermagem e também grupo de estudo entre os dois médicos clínicos e enfermeira para realizar as discussões e casos clínicos encaminhados pela especialização em saúde da família, da qual participamos.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

Para abordar as questões que não foram realizadas neste momento é necessário elucidar o cenário da UBS 07, que passa por um momento de transição para ESF, porém ainda não houve a contratação de ACS e técnicos de enfermagem em número suficiente.

Diante disso, encontramos grande dificuldade para realizar os rastreamentos, visitas domiciliares e busca ativa. Outra situação que vem sendo difícil de conciliar em relação a grande demanda que ainda temos são as consultas odontológicas, pois a oferta é menor que a demanda.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção

As nossas principais dificuldades foram a falta de profissionais, em vários momentos e durante a intervenção ficamos sem nenhum técnico de enfermagem na unidade, fato que dificultava o atendimento e a organização do serviço; e a falta de ACS para realizar as buscas ativas, quando necessário.

Me vi sozinha na unidade desempenhando a função de recepcionista, técnica de enfermagem e enfermeira, era praticamente impossível me deter a digitação dos dados, muitas vezes ao chegar a casa iniciava as digitações, porém o cansaço não me permitia concluir.

Foi uma fase muito árdua, porém eu ainda pude contar com o apoio dos médicos que realizavam os atendimentos e registros das ações nas fichas espelhos de forma adequada. Outro fator que também influenciou na coleta de dados e realizações das tarefas, foi a falta de tecnologias de informatização na unidade, pois temos apenas um computador na recepção, na minha sala não tinha acesso a computadores, portando para eu realizar a digitação dos dados durante o horário de trabalho era impossível, pois para isso precisava me dirigir até a recepção para fazê-lo, porém os pacientes começavam a interromper querendo consultas e orientações devido à grande demanda da UBS, então a saída era fazer as atividades e digitações em casa.

Nesta fase de digitação dos dados solicitei o auxílio de uma acadêmica de enfermagem da UNIPAMPA para me auxiliar na digitação dos dados e organização dos prontuários, então o trabalho começou a fluir com maior facilidade. Hoje está ocorrendo do município o processo de contratação de ACS e técnicos administrativos, os quais vão realizar o fluxo dessas ações com maior facilidade.

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

Apesar de todas as dificuldades de gestão da falta de profissionais diante da excessiva demanda, do atraso das tarefas, me orgulho em dizer que as ações já são uma realidade que flui naturalmente na UBS. A equipe está bastante motivada, os usuários já aderiram à rotina, os médicos estão participando, inclusive um deles dará continuidade na ação pesquisando as complicações mais frequentes nos pacientes hipertensos e diabéticos em nossa unidade de saúde.

Pretende-se com a ampliação da equipe e contratação dos ACS melhorar e aprimorar os registros e rastreamentos. Também estamos estudando uma forma de implantar um sistema de alerta para buscas ativas em pacientes faltosos, assim como os pacientes de maior risco.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Análise dos resultados

A composição da equipe por categoria profissional foi alterada no meio da intervenção, sendo beneficiada com a chegada de 02 médicos do Programa Mais Médicos (PMM). O restante da equipe manteve-se a mesma desde o início da intervenção: 01 médico clínico geral, 01 enfermeira, 02 técnicos de enfermagem, 02 Agentes de Saúde (ACS), 01 recepcionista e 01 Profissional de Educação Física. Esta equipe apresentou apenas algumas flutuações no mês de janeiro e fevereiro em função de férias e licenças dos técnicos de enfermagem.

A unidade de saúde é uma unidade transitória, pois está em fase de adaptação para transformar-se em unidade de saúde da família. Optei por desenvolver a intervenção com a população cadastrada na UBS 4.009 mil habitantes, conforme o mapeamento realizado em outubro de 2013 para fins de implantação das Unidades de Saúde da Família no município. Pois torna-se inviável trabalhar indicadores de qualidade com uma população de aproximadamente 15 mil habitantes a qual realizamos a cobertura. Portanto estima-se que desta população de 4.009 habitantes 610 usuários adstritos sejam portadores de hipertensão e 150 usuários sejam portadores de diabetes mellitus.

A análise dos indicadores ao final de cada mês da intervenção permitiu uma leitura da sua evolução e seus resultados estão descritos a seguir.

4.1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade de saúde

Ao final do primeiro mês, o número de hipertensos atendidos na UBS com seus cadastros atualizados foi de seis (1%) no primeiro mês, elevando-se para 42 (6,9%), 185 (30,3%) no segundo e terceiro mês respectivamente e

totalizando a proporção de 536 (87,9%) hipertensos acompanhados na área de abrangência da UBS 07 de Uruguaiiana.

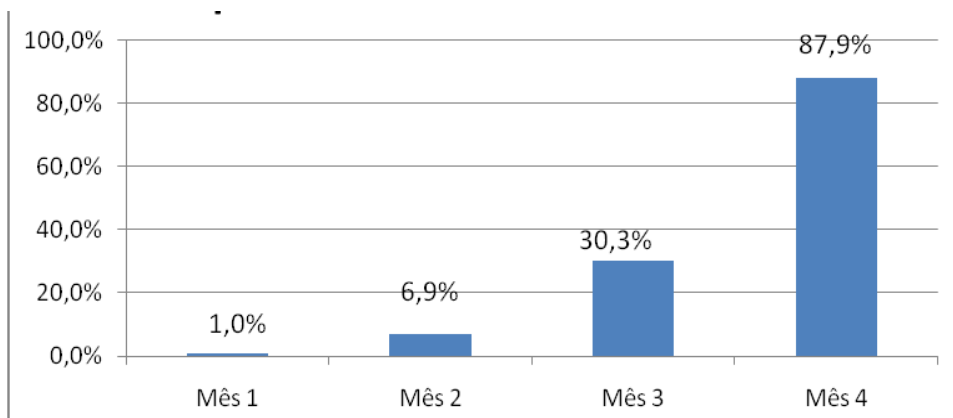


Figura 4 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS 07. Uruguaiiana/RS, 2014.

Em relação à captação e atendimento dos pacientes diabéticos adstritos à UBS 07, obtivemos no final do primeiro mês quatro (2,7%), 18 (12%) no final do segundo mês, atingindo 73 (48,7%) e 129 (86%) no terceiro e quarto mês respectivamente.

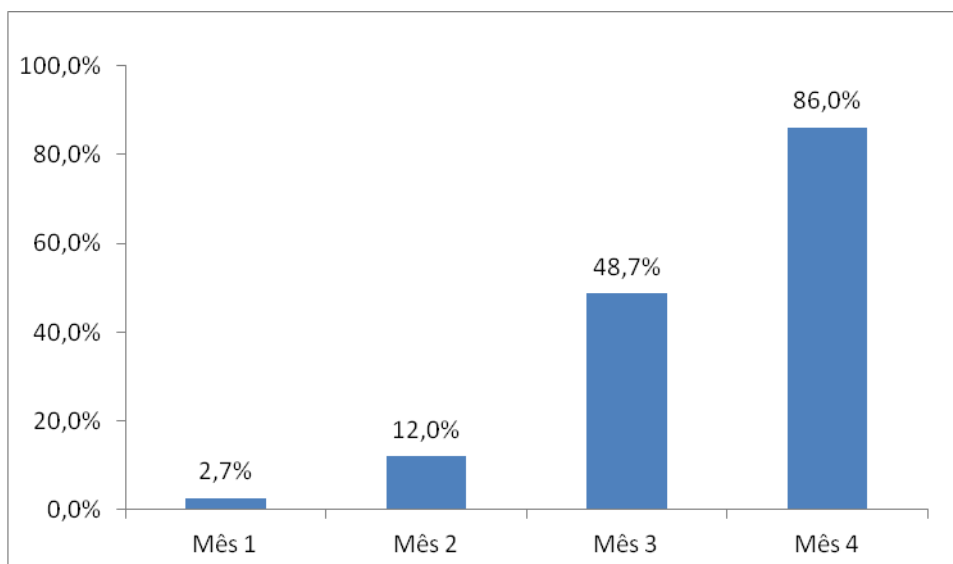


Figura 5 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS 07. Uruguaiiana/RS, 2014.

Considerando a meta de atingir 95% de abrangência no Programa de Atenção à HAS e DM da unidade de saúde de Uruguaiiana, podemos avaliar que a 87,9% de cobertura dos usuários hipertensos e 86% de cobertura dos

usuários diabéticos não atingiu a meta quantitativamente. Tal fato relaciona-se com oscilações na equipe, na estrutura, na gestão que interferiram nas atividades programadas. Entretanto sob o olhar qualitativo pode-se concluir que os atendimentos realizados foram minuciosamente programados, garantindo a qualidade da atenção a estes usuários cadastrados e acompanhados durante este período.

4.1.2 Proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Considerando os indicadores em relação à proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, a estimativa de atingir 100% dos usuários hipertensos cadastrados na Unidade foi atingida de forma satisfatória. Em contrapartida, tivemos oscilações em relação ao atendimento de usuários diabéticos como podemos observar no gráfico a seguir. No terceiro e quarto mês, obteve-se o registro adequado na ficha de acompanhamento em 72 (98,6%) e 128 (99,2%).

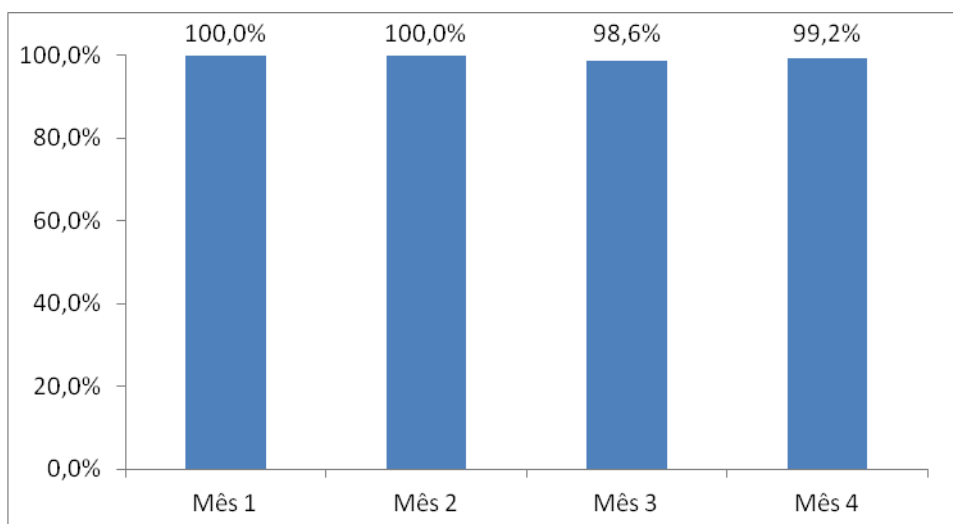


Figura 6 - Proporção de diabético com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS 07. Uruguaiana, 2014.

Essas oscilações devem-se à falta de retorno com exames complementares e a não adesão aos grupos de atenção ao hipertenso e diabético desenvolvidos na UBS. O acompanhamento através das fichas espelhos permitiu avaliar o perfil dos usuários acompanhados, bem como suas

condições clínicas, grau de dependência e situação familiar. A utilização do Escore de Framingham e escala de risco renal pela fórmula Cockcroft-Gault contribuíram para definir quais são os pacientes que necessitam de maior atenção por parte da equipe de saúde permitindo-nos repensar os cuidados a partir dos indicadores coletados.

4.1.3 Proporção de hipertensos e diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa

A busca ativa faz referência à procura intencional, com o objetivo de identificar as situações de vulnerabilidades e risco social e ainda deslocar a intervenção terapêutica para o contexto social da comunidade. As intervenções não se restringem aos indivíduos e seus sistemas biológicos, mas se direcionam a um sujeito e seu contexto de existência. Uma prática integral também significa uma construção de campos para leitura das reais necessidades de saúde de um território para além da demanda espontânea construída historicamente (MERRY, 2005).

Sendo assim, trabalhou-se a busca ativa aos usuários hipertensos e diabéticos faltosos à consulta médica, utilizou-se como parâmetro a meta de buscar 90% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Durante quatro meses da intervenção realizamos a mobilização da equipe para organização de estratégias de busca ativa, sendo que no final da intervenção realizou-se a busca ativa de 139 usuários hipertensos e 59 usuários diabéticos, atingindo uma proporção de 100% dos usuários cadastrados no Programa Hiperdia que apresentavam consultas em atraso e cadastrados sem atualização há mais de seis meses.

A realização de busca ativa teve suas limitações em relação ao número desproporcional de ACS na área adstrita à UBS. Com o aumento do quadro de ACS pretende-se ampliar a detecção precoce de doenças como hipertensão e diabetes, bem como melhorar o acompanhamento domiciliar para que a busca ativa não se torne uma prática voltada apenas para o modelo sintomatológico nos remetendo a assistência flexneriana, mas sim que nos permita ampliar as possibilidades das práticas de saúde no território.

4.1.4 Proporção de hipertensos e diabéticos com os exames clínicos em dia de acordo com o protocolo

É fundamental a realização de um exame físico para obtenção do diagnóstico correto do paciente. O peso, a altura, o Índice de Massa Corporal (IMC) e o índice de cintura/quadril, não podem ser esquecidos, devem ser anotados criteriosamente no prontuário, pois são dados importantíssimos para que o profissional possa realizar uma boa conduta.

Considerando a proporção de hipertensos com exame clínico em dia, dos 536 hipertensos, 437 possui exame clínico em dia de acordo com o protocolo, o que corresponde a 81,5% dos hipertensos cadastrados conforme gráfico abaixo. No primeiro mês seis (100%) pacientes tiveram seu exame clínico, 34 (81%) no segundo mês e no terceiro 153 (82,7%).

Quanto aos pacientes diabéticos, dos 129 pacientes adstritos na área de abrangência 112 (86,8%) apresentaram exame clínico adequado incluindo avaliação da sensibilidade dos pés. No primeiro mês quatro (100%) tiveram seu exame clínico, no segundo mês 13 (72,2%) e no terceiro mês 65 (89%).

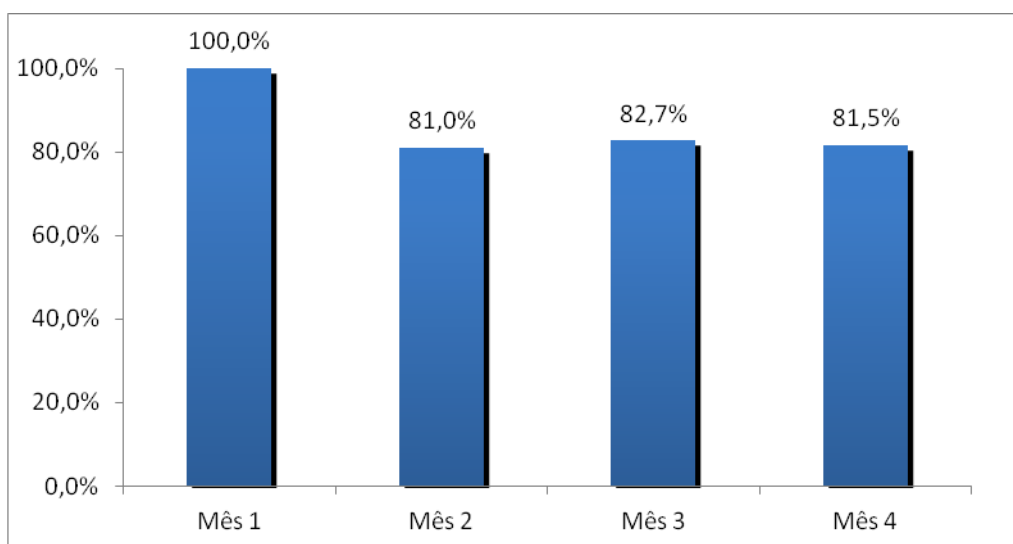


Figura 7 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS 07. Uruguaiana/RS, 2014.

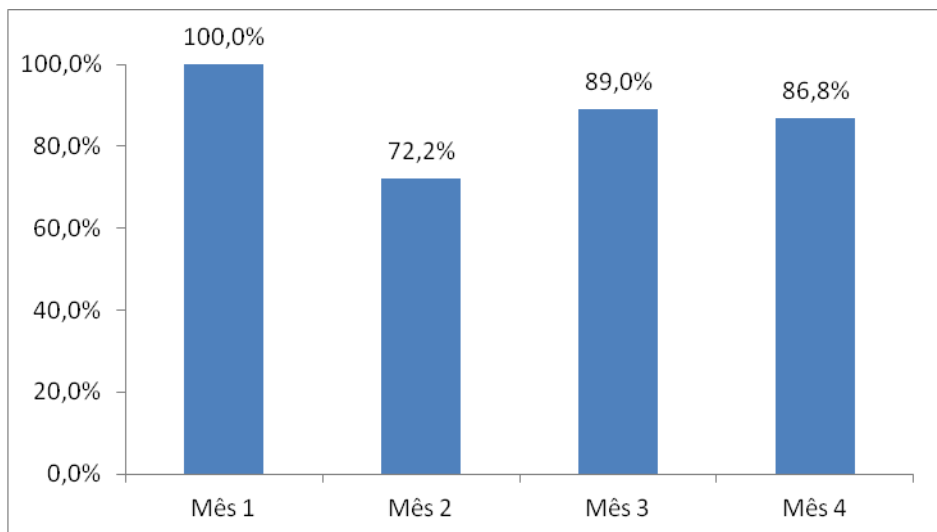


Figura 86 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS 07. Uruguaiana/RS, 2014.

A meta de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos apresentou oscilações devido à falta de registro na ficha espelho, o que com o desenvolver das ações foi incorporando-se à rotina do serviço. Hoje, contamos com arquivo específico para o armazenamento das fichas espelho, em que realizamos a revisão e acompanhamento.

4.1.5 Proporção de hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Em relação à proporção de usuários hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, a evolução foi gradual ao longo dos meses de intervenção atingindo uma proporção de 417 (77,8%) dos usuários hipertensos e 107 (82,9%) dos usuários diabéticos.

No primeiro mês atingiram-se cinco (83,3%) hipertensos com exames complementares, no segundo mês 15 (35,7%) e no terceiro 134 (72,4%). Em relação aos diabéticos, no primeiro mês alcançaram-se três (75%), no segundo mês seis (33,3%) e no terceiro 60 (82,2%).

Os usuários ao frequentar a consulta médica saíam com o pedido de exames que era agendado e realizado na própria UBS, porém a demora entre a coleta e obtenção dos resultados é de quatro semanas, muitos usuários nesse período não retornam a consulta para apresentar os resultados. Esse fato pode ser observado nas figuras abaixo.

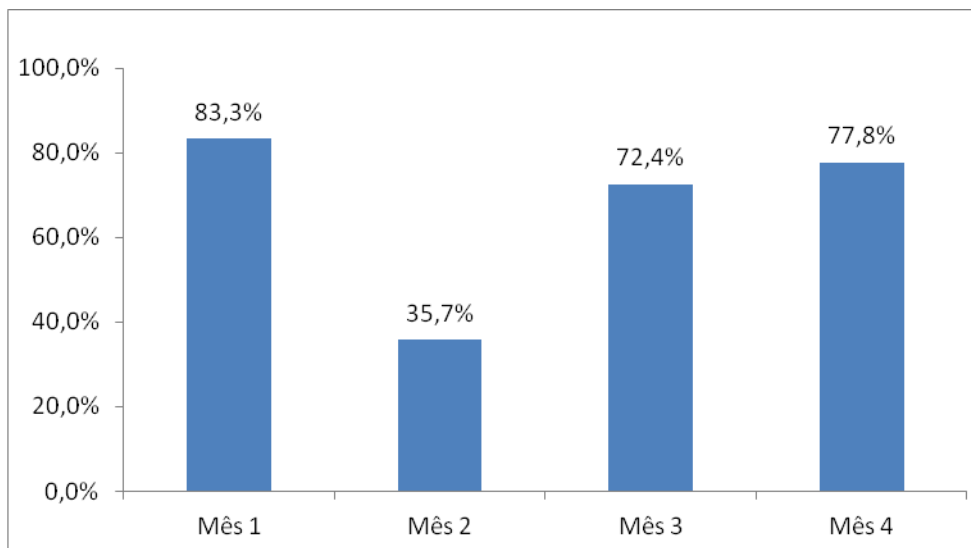


Figura 9 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo como protocolo na UBS 07. Uruguiana/RS, 2014.

Observa-se que no primeiro mês atingiu-se uma proporção de 83,3% de exames complementares em dia conforme o protocolo, sofrendo oscilações ao longo dos quatro meses e concluindo a intervenção com uma proporção de 77,8%, pois no primeiro mês de intervenção os usuários cadastrados e estudados são os que frequentam a UBS rotineiramente e no decorrer da intervenção trabalhamos também com os usuários provenientes de busca ativa e que conseqüentemente não apresentavam exames em dia, portanto foi solicitado as avaliações complementares e os resultados serão lançados nas próximas consultas.

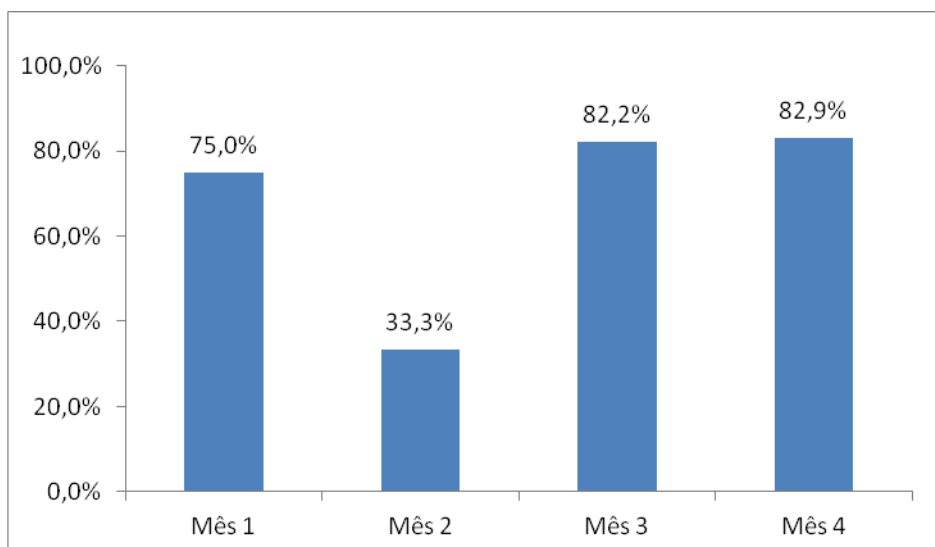


Figura 10 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS 07. Uruguaiana/RS, 2014.

A meta centrava-se em garantir 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo e com registro na ficha espelho, porém obtivemos dificuldades em relação ao retorno do usuário com o resultado dos exames. Após análise e discussão desses resultados com a equipe de saúde, pactuamos com o laboratório de análises clínicas do município, o retorno dos resultados dos exames em tempo menor que quatro semanas, sendo que exames de pacientes de risco só serão entregues mediante consulta médica, a fim de evitar a evasão.

4.1.6 Proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia

No que se refere à análise das prescrições conforme os medicamentos disponibilizados pela farmácia popular, a meta centrava-se em garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Sendo assim, 501 (97,7%) hipertensos e 107 (91,5%) dos usuários diabéticos acompanhados na UBS 07 encontram suas medicações disponíveis na farmácia da unidade/ e ou farmácia popular.

No primeiro mês foram seis (100%) dos hipertensos com tratamento medicamentoso da lista do HIPERDIA ou Farmácia Popular. No segundo mês foram 27 (79,4%) e no terceiro 170 (99,4%). Quanto aos diabéticos, no primeiro mês foram quatro (100%), no segundo 10 (71,4%) e no terceiro 54 (87,1%).

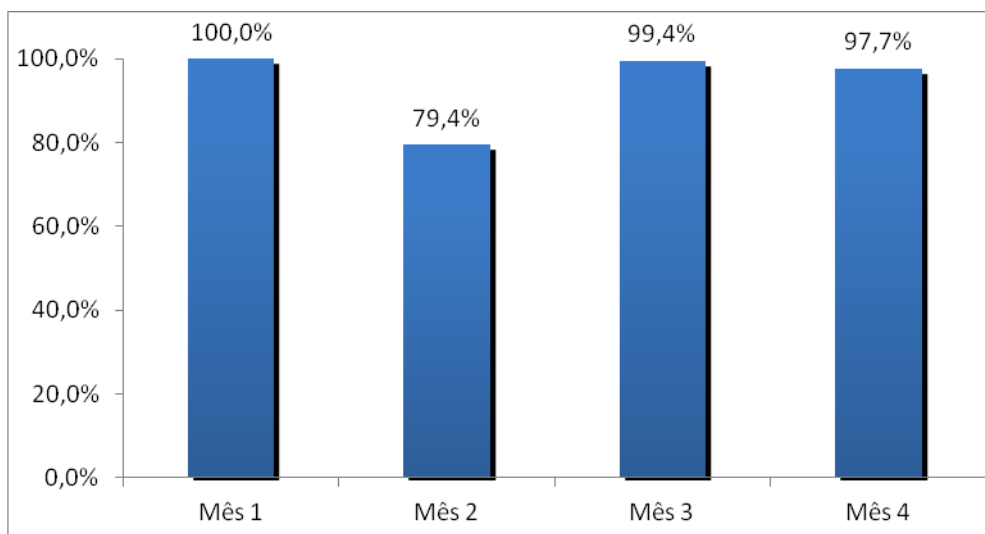


Figura 7 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista Hiperdia ou da Farmácia Popular na UBS 07. Uruguiana/RS, 2014.

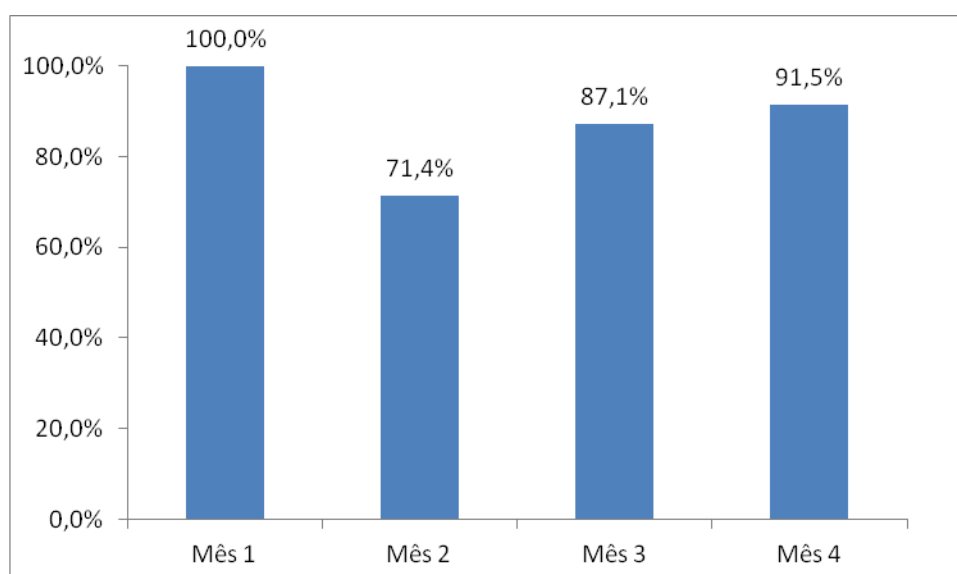


Figura 12 - Proporção de diabético com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular na UBS 07. Uruguiana/RS, 2014.

Ao analisarmos os gráficos da intervenção, relacionados a prescrição de medicamentos, observamos a diminuição da oferta de medicamentos no segundo mês de intervenção, tal fato explica-se pela falta de abastecimento de antihipertensivos e hipoglicemiantes básicos na farmácia municipal em decorrência de problemas com licitações. Também existe dificuldade em iniciar insulinoterapia devido à falta de oferta de medidores e fitas de HGT. Durante a intervenção podemos observar que a maioria dos usuários cadastrados neste período tinha acesso às medicações, porém apresentavam dificuldade de

adesão ao tratamento por motivos variados, dentre eles podemos destacar déficit cognitivos, hábitos culturais e comportamentais.

4.1.7 Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

As doenças cardiovasculares são responsáveis por 16,7 milhões de mortes por ano segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS). A projeção para 2020 mantém esse agravo como principal causa de óbito (RAMIRES, CHAGAS, 2005).

Para a realização da avaliação do risco cardiovascular nesta intervenção, utilizou-se do Escore de Framingham, que identifica os principais fatores de risco para doença coronariana, com essa escala é possível identificar, por sexo e faixa etária, sabendo-se o valor da pressão arterial sistólica, do colesterol total, da fração *High Density Lipoproteins* (HDL) do colesterol, do diagnóstico de diabetes e do conhecimento sobre hábito tabágico, o risco de desenvolvimento de doença coronariana na próxima década de vida (SOBEC, 2007, BRASIL, 2006a). Os gráficos abaixo demonstram os percentuais de aplicação da escala de Framingham aplicados na comunidade no período de intervenção.

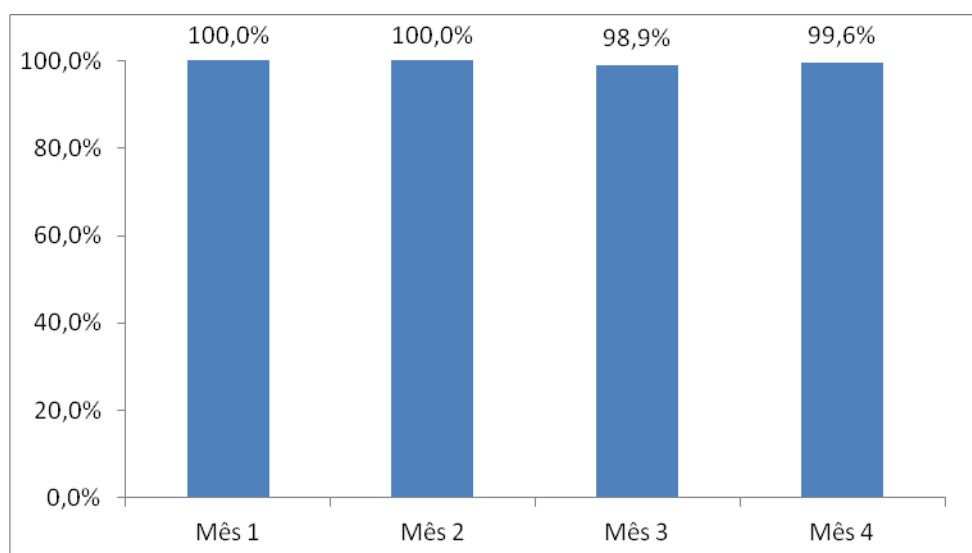


Figura 13 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS 07. Uruguaiana/RS, 2014.

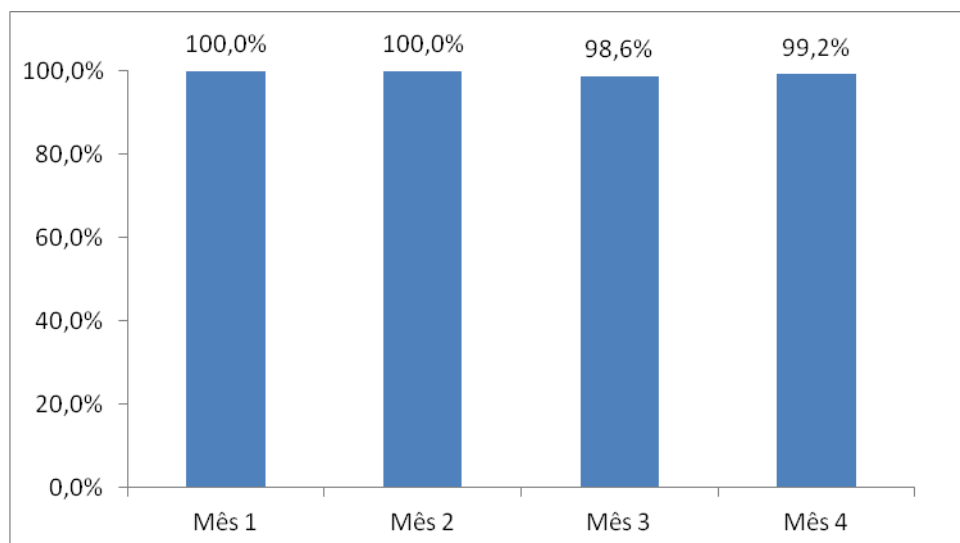


Figura 84 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na UBS 07. Uruguaiana/RS, 2014.

Em relação à estratificação do risco cardiovascular, dos 57,5% dos usuários hipertensos e 36,7% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade realizaram a avaliação do Escore de Framingham atingindo assim 534 (99,6%) dos usuários hipertensos e 128 (99,2%) dos usuários diabéticos cadastrados na unidade ao fim da intervenção. No primeiro mês seis (100%) hipertensos tiveram estratificação de risco cardiovascular, no segundo mês foram 42 (100%) e no terceiro 183 (98,9%). Em relação aos diabéticos, no primeiro mês foram quatro (100%), 18 (100%) no segundo e no terceiro 72 (98,6%)

A utilização da avaliação do risco cardiovascular além de nos possibilitar a estimativa de risco cardiovascular na comunidade, auxilia na identificação de pacientes com alto risco e nos leva a refletir a necessidade de intensificar ações preventivas e organizar a prática clínica.

4.1.8 Proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação odontológica

Inserida em um amplo conceito de saúde, a saúde bucal transcende a dimensão técnica da prática odontológica, sendo a saúde bucal integrada às demais práticas de saúde coletiva. A saúde bucal está relacionada diretamente as condições de alimentação, moradia, trabalho, renda, meio ambiente, acesso aos serviços de saúde, transporte, lazer, ligando-se aos determinantes, sociais políticos e econômicos. A saúde bucal é de fundamental importância no

cuidado dos pacientes portadores de diabetes mellitus (DM), sendo um papel de toda a equipe de Atenção Básica (AB). É primordial que haja um trabalho integrado entre a equipe de Saúde Bucal com toda equipe de AB para possibilitar uma atenção adequada às pessoas, contribuindo para a manutenção de sua saúde e bem-estar (BRASIL, 2013b).

Em relação à avaliação odontológica, 95 hipertensos (17,7%) receberam acompanhamento odontológico adequado, enquanto que 60 diabéticos (46,5%) receberam acompanhamento odontológico adequado durante a intervenção.

No primeiro mês foram cinco (83,3%) hipertensos, no segundo mês 41 (97,6%) e no terceiro 66 (35,7%). Quanto aos diabéticos foram quatro no primeiro mês, 18 no segundo e 52 (71,2%) no terceiro.

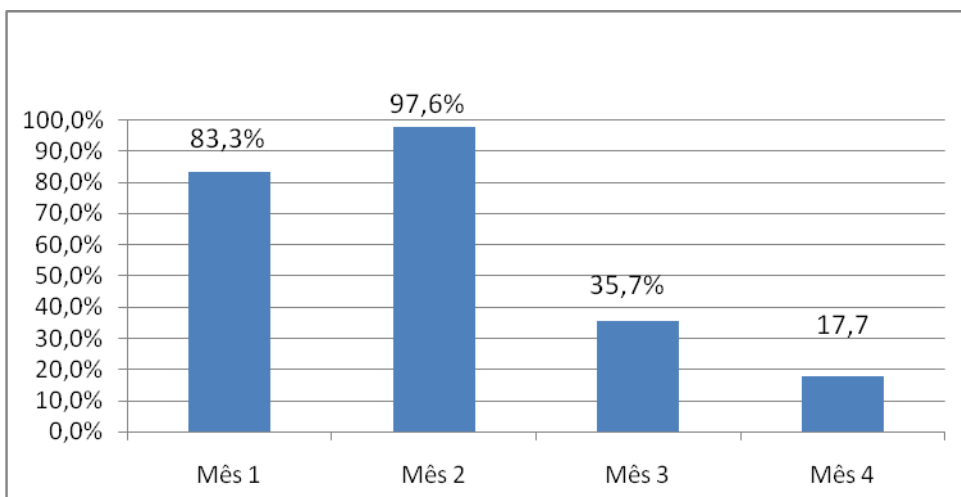


Figura 95 - Proporção de hipertensos com avaliação odontológica na UBS 07. Uruguiana/RS, 2014.

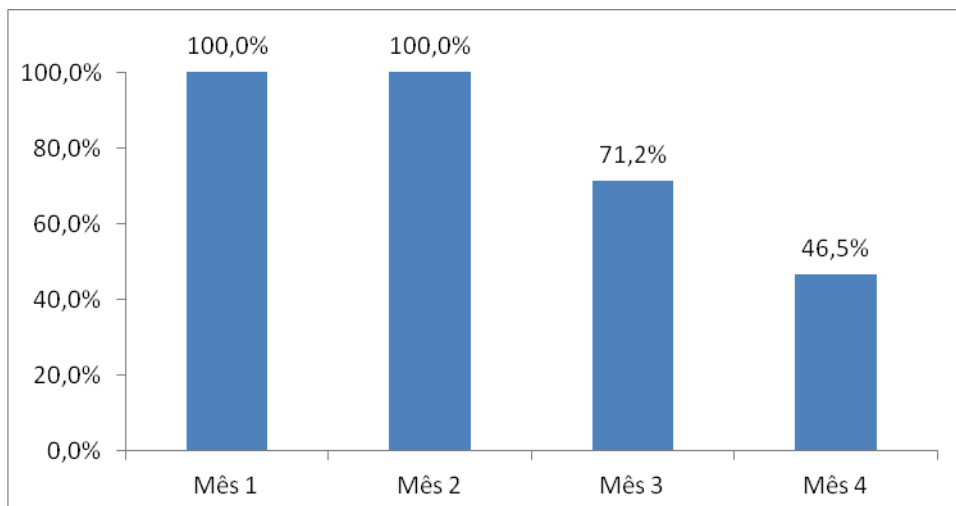


Figura 106 - Proporção de diabéticos com avaliação odontológica na UBS 07. Uruguiana/RS, 2014.

A meta de garantir avaliação odontológica a 50% dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade apresentou várias limitações. Dentre elas podemos destacar a demanda maior que a oferta de atendimento, pois nossa cirurgiã dentista além da área adstrita à UBS atende pacientes provenientes de vários bairros do município, onde não tem profissional dentista. No cenário em questão, o atendimento clínico por parte do profissional de odontologia apresenta limites, tanto na conduta terapêutica, quanto na organização do território, que precisam ser pactuadas com o gestor para suprir a demanda reprimida, sem interferir no padrão de qualidade de atendimento da população. Esse cenário confronta com os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde, onde preconiza-se que o acesso facilitado para o cuidado odontológico das pessoas com DM deve ser considerado, pois a presença de infecções, como a doença periodontal, provoca o estímulo da resposta inflamatória, que aumenta a resistência dos tecidos à insulina, o que provoca a piora do controle glicêmico, sendo que o manejo adequado de infecções periodontais em pacientes com DM sem controle glicêmico pode restabelecer valores normais da glicemia (BRASIL, 2006b).

4.1.9 Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e riscos do tabagismo

Dentre as doenças crônicas a HAS e o DM são as mais comuns, cujo tratamento e controle exigem alterações comportamentais em relação à dieta, atividades físicas, estilo de vida e adesão ao tratamento (FARDO; CREUTZBERG; SILVA; 2005). Portanto, a adesão a um estilo de vida saudável, alimentação balanceada, abandono do fumo, atividade física regular e manejo do estresse podem prevenir a hipertensão e diabetes como excluir ou controlar a intensidade dos fatores de risco (BRASIL, 2003). Sendo assim 100% de usuários dos hipertensos e diabéticos cadastrados receberam orientações quanto à alimentação saudável, prática de atividades físicas regulares e diminuição do consumo de tabaco atingindo a proporção de 100% de usuários orientados quanto ao estilo de vida saudável. Tal proporção só foi possível graças ao trabalho multiprofissional, em que todos os profissionais da unidade realizavam orientações de forma contínua perpassando o acolhimento, sala de espera, consultas, grupos e oficinas. Com a intervenção ampliamos na unidade a adesão às práticas de atividade física e instituímos o grupo de emagrecimento saudável com o acompanhamento de nutricionistas, educadores físicos e psicólogos. Para atingir os objetivos e metas estabelecidas nesta intervenção o trabalho em equipe perpassou a “técnica”, romperam “padrões cristalizados” de se produzir saúde, contornou as dificuldades da gestão local e buscou-se o modo de organizar o processo de trabalho em saúde, a fim de atingir as metas estabelecidas, articular a atenção à demanda espontânea e programada e ampliar as possibilidades de resolubilidade das demandas locais.

4.2. Discussão

A atenção ao hipertenso e diabético na Unidade de Saúde 07 de Uruguaiana RS, anteriormente à intervenção era centrada no atendimento de enfermagem para atualização das carteiras de Hipertensos. Ou seja, o paciente

passava pelo atendimento médico para renovação das receitas e após pelo atendimento de enfermagem para receber as orientações. Existiam inúmeros cadastros desatualizados. Revisando os prontuários, constatamos que na maioria das vezes as receitas eram apenas copiadas, não havia a rotina de solicitar exames de controle por parte do profissional médico, os registros eram inespecíficos, as atividades em grupo eram apenas da responsabilidade da enfermeira.

Com o desenvolvimento da intervenção para a melhoria do atendimento aos pacientes hipertensos e diabéticos na unidade, iniciamos as discussões de protocolos na equipe, diretrizes de atendimento ao hipertenso e diabético, estudos de caso, definindo normas e rotinas para melhorar a qualidade da atenção a este grupo. Portanto, a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos passou a ser de responsabilidade compartilhada de toda a equipe.

Os agentes de saúde com seu papel fundamental de alertar a comunidade, levar informações aos pontos mais distantes da área adstrita, realizar a captação precoce, ampliar ações de educação em saúde. Os técnicos de enfermagem e recepcionista foram capacitados para detectar sinais alerta, acolher e orientar a comunidade, direcionando ao atendimento médico ou de enfermagem, conforme necessidade. O profissional médico, hoje além da renovação das receitas, realiza anamnese, exame clínico completo, solicitação de exames complementares, utilização do Escore de Framingham e escala de risco renal pela fórmula Cockcroft-Gault para classificação de risco, os atendimentos são registrados no prontuário e ficha espelho. O profissional médico hoje se apropriou das atividades de educação em saúde, participando ativamente das oficinas e grupos. A consulta de enfermagem complementa o atendimento médico, avaliando o paciente e orientando quanto aos hábitos de vida saudável e uso das medicações e melhorando a qualidade dos registros das ações desenvolvidas.

A concretização desta intervenção só foi possível graças ao trabalho em equipe, em que todos os profissionais falam a mesma língua, seguem as diretrizes e protocolos de atendimento, a educação permanente e discussões de casos passaram a ser uma realidade incorporada à rotina do serviço.

A comunidade no início apresentou dificuldade de compreender o processo de organização do serviço, uma vez que as consultas passaram a ser mais demoradas, exigia-se a atualização dos cadastrados e a participação nos grupos de educação em saúde. Porém a própria comunidade percebeu a melhoria na qualidade da atenção, organizando-se assim, conforme as rotinas do serviço.

Ao iniciar a intervenção pretendia-se atingir a proporção de 95% de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde de Uruguaiana, porém com o desdobrar das ações, durante os meses de intervenção, realizou-se o acompanhamento de 536 hipertensos (87,9%) e 129 diabéticos (86%). Nessa perspectiva pode-se inferir que múltiplos fatores contribuíram para que não atingíssemos a proporção planejada, dentre eles podemos destacar, a falta de agentes de saúde, a rotatividade da enfermeira, que por muitas vezes durante a intervenção foi afastada da unidade para assumir outros setores da secretaria de saúde, a falta de técnicos de enfermagem no serviço e a rotatividade dos mesmos. Porém, mesmo com as dificuldades, o trabalho em equipe foi fundamental para a implantação das ações na unidade, pois houve apoio mútuo, comprometimento e satisfação dos profissionais ao observar os resultados de suas ações. Embora as ações tenham sido concluídas de forma parcial, pois ainda não atingimos toda a população adstrita, todavia já podemos visualizar melhorias na organização do serviço e na qualidade da atenção.

Tais melhorias iniciais podem ser observadas com a criação do grupo de emagrecimento saudável, com a participação de nutricionista e psicólogo. O grupo de atividades físicas passou a contar com maior participação dos usuários e pretendemos implantar o grupo de riscos do tabagismo. Sendo assim, o serviço de saúde após a intervenção passou a ter melhor organização, com ações planejadas, registradas e avaliadas, conforme o perfil populacional e realidade local.

Pretendemos com a contratação dos agentes de saúde ampliar a captação e cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos na comunidade. Também estamos planejando traçar o perfil destes usuários para investigar as complicações mais prevalentes na região. Hoje, as discussões das ações

desenvolvidas na UBS fazem parte de nossa rotina de trabalho, em que a vontade de aprender, a pretensão de fazer a diferença e melhorar a qualidade da atenção ofertada à comunidade cresce a cada dia. Com isso pretendemos ampliar as ações para os demais programas ofertados na UBS 07 de Uruguiana.

4.3 Relatório da intervenção para os gestores

Este relatório tem por objetivo apresentar como ocorreu a Intervenção de *“Qualificação da atenção aos usuários portadores de hipertensão e diabetes, em uma unidade de Atenção Primária em Saúde”* de autoria da enfermeira Bruna Cristiane Furtado Gomes, Enfermeira da UBS 07/União das Vilas e especializanda em Saúde da Família pela UFPel/UnASUS.

Partindo da análise situacional da atenção ao paciente hipertenso e diabético atendido na Unidade básica de Saúde 07 observou-se a necessidade de qualificar a prática clínica e intensificar ações de prevenção e promoção da saúde deste público garantindo a longitudinalidade da atenção, a integralidade das ações, a sistematização de registros específicos que permitam o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, impactando assim na melhor qualidade de vida da população acompanhada pela Unidade. As ações ocorreram nos meses de Novembro de 2013 a Fevereiro de 2014, sendo planejadas, desenvolvidas e avaliadas conforme os eixos do Projeto Pedagógico do Curso de Especialização: organização e gestão do serviço; monitoramento e avaliação; engajamento público, e qualificação da prática clínica. Após quatro meses de intervenção obtivemos os seguintes resultados:

1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade de saúde: a equipe da UBS 07 acompanhou de 351 hipertensos (57,5%) e 55 diabéticos (36,7%) adstritos em seu território.
2. Proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento: considerando os indicadores em relação à proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, a estimativa de atingir 100% dos usuários Hipertensos cadastrados na Unidade foi atingida de forma satisfatória, o

que permitiu avaliar o perfil dos usuários acompanhados bem como suas condições clínicas, grau de dependência e situação familiar.

3. Proporção de hipertensos e diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa: A realização de busca ativa teve suas limitações em relação ao número desproporcional de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) na área adstrita à UBS. A ampliação do quadro de agentes de saúde será fundamental para a detecção precoce de doenças como hipertensão e diabetes, bem como melhoria do acompanhamento domiciliar.

4. Proporção de hipertensos e diabéticos com os exames clínicos em dia de acordo com o protocolo: Considerando a proporção de hipertensos com exame clínico em dia, dos 536 hipertensos 437 possui exame clínico em dia de acordo com o protocolo, o que corresponde a 80,9% dos hipertensos cadastrados conforme gráfico abaixo. Quanto aos pacientes diabéticos dos 129 pacientes adstritos na área de abrangência 85,5% apresentaram exame clínico adequado incluindo avaliação da sensibilidade dos pés.

5. Proporção de hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo: o acompanhamento foi gradual ao longo dos meses de intervenção atingindo uma proporção de 77,8% dos usuários hipertensos e 82,9% dos usuários diabéticos.

6. Proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia: Constatamos que 97,7% hipertensos e 91,5% dos usuários diabéticos acompanhados na UBS 07 encontram suas medicações disponíveis na farmácia da unidade/ e ou farmácia popular do município.

7. Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular: Em relação à estratificação do risco cardiovascular, dos 57,5% dos usuários hipertensos e 36,7% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade realizaram a avaliação do Escore de Framingham atingindo assim 99,6% dos usuários hipertensos e 99,2% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade. A utilização

da avaliação do risco cardiovascular além de nos possibilitar a estimativa de risco cardiovascular em dez anos na comunidade, auxilia na identificação de pacientes com alto risco e nos leva a refletir a necessidade de intensificar ações preventivas.

8. Proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação odontológica: Em relação à avaliação odontológica, 95 hipertensos (17,7%) receberam acompanhamento odontológico adequado, enquanto que 60 diabéticos (46,5%) receberam acompanhamento odontológico adequado durante a intervenção. No cenário em questão o atendimento clínico por parte do profissional de odontologia apresenta limites tanto na conduta terapêutica a qual nem sempre disponibiliza matérias de trabalho, quanto na organização do território, que precisam ser pactuadas com o gestor para suprir a demanda reprimida sem interferir no padrão de qualidade de vida da população.

9. Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre alimentação saudável, importância da atividade física e riscos do tabagismo: Durante o período de intervenção 100% de usuários dos hipertensos e diabéticos cadastrados receberam orientações quanto à alimentação saudável, atividades físicas e diminuição do consumo de tabaco. Com a intervenção ampliamos na unidade a adesão às práticas de atividade física e instituímos o grupo de emagrecimento saudável com o acompanhamento de nutricionistas educadores físicos, e psicólogos.

Nessa perspectiva, a intervenção trouxe contribuições significativas para a equipe de saúde, que se apóia mutuamente para promover melhorias na atenção em saúde da população sob sua responsabilidade. As discussões de casos clínicos e das ações desenvolvidas na UBS incorporaram-se à rotina de trabalho, promovendo espaços de compartilhamento do saber. A vontade de aprender cresce a cada dia, e com isso pretendemos ampliar as ações para os demais programas ofertados na UBS 07 de Uruguaiana. Nesse sentido, o apoio de nossos gestores é fundamental no sentido de suprir a demanda reprimida, garantir a composição adequada da equipe, evitar a falta de medicamentos básicos na farmácia popular, garantir a realização de exames laboratoriais de

controle com resultados entregues em tempo hábil e apoiar as equipes de saúde no sentido de promover espaços de reuniões de equipe e reflexões das práticas clínicas em nosso ambiente de trabalho.

4.4 Relatório da intervenção para a comunidade

Este relatório vem apresentar para a comunidade como ocorreu o desenvolvimento do Projeto de Intervenção para a *“Qualificação da atenção aos usuários portadores de hipertensão e diabetes, em uma unidade de Atenção Primária em Saúde”* de autoria da enfermeira Bruna Cristiane Furtado Gomes, funcionaria da UBS 07/União das vilas para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família pela UFPel/UnASUS.

O curso de especialização em saúde da família trabalha a educação em serviço, ou seja, faz com que o profissional identifique e reflita sobre a realidade local, promovendo ações de melhor qualidade na atenção à saúde da comunidade trazendo benefícios tanto para os usuários, trabalhadores, e gestão local.

Sabemos que na nossa comunidade existe um número muito alto de pessoas com pressão alta e diabetes. Por isso, foi feito este projeto para melhorarmos o atendimento destas pessoas.

As ações voltadas para os pacientes hipertensos e diabéticos ocorreram nos meses de Novembro de 2013 a Fevereiro de 2014. Os resultados foram tão bons que conseguimos aumentar a quantidade de pessoas atendidas. E o melhor, conseguimos registrar todo mundo para poder acompanhar e saber quem precisa de medicação, quem está faltando às consultas, que está com os exames em dia. Nos quatro meses do projeto a equipe da UBS 07 acompanhou 536 pessoas com pressão alta e 129 com diabetes. Hoje podemos realizar o acompanhamento de vocês através das fichas de cada um, atendendo a todos que precisam, mas dando preferência a quem tem um risco maior de ter complicações.

Ampliamos as atividades em grupos de hipertensos e diabéticos, alimentação saudável e atividade física, promovendo ações de forma contínua e organizada, garantindo a troca de experiências entre os participantes bem como proporcionar um momento de expor suas limitações físicas e emocionais.

Já observamos que por cultura a maioria dos pacientes prefere ter um número maior de atendimento médicos ofertados (ações curativas), porém é necessário entender que os grupos de educação e saúde são muito importantes no sentido de podermos refletir sobre a prevenção de doenças e pensar sobre formas de melhorar a qualidade de vida, pois assim estamos tendo a oportunidade de decidir sobre o que é melhor para o nosso bem estar, e assim lutarmos por uma vida com mais saúde. Esperamos que vocês continuem participando dos nossos grupos para que possamos repassar para vocês o que é preciso saber para se ter uma saúde melhor. O que é passado para vocês aqui pode ser repassado por vocês para o restante da família. É assim que vamos ajudando a todos. Com a presença e participação de vocês podemos melhorar também as outras coisas que estão difíceis por aqui.

Portanto contamos com a participação de vocês nos grupos de prevenção e promoção em saúde desenvolvida na UBS, para que as ações preventivas superem as ações curativas, pois só assim conseguiremos atingir a qualidade da em nosso trabalho. Pois na verdade, muito melhor do que cadastrar e acompanhar um grande número de pessoas com estas patologias é poder trabalhar na direção da diminuição destes números. O que só pode ser possível com este trabalho de formiguinha.

Estaremos sempre por aqui para melhorar a atenção à saúde de vocês. Mas para isso, precisamos do apoio de todos. A unidade de saúde funciona melhor quando as pessoas participam mais do que está acontecendo. Esperamos contar sempre com apoio de vocês para que a gente melhore também as outras áreas que estão necessitadas, como Saúde do Idoso, Saúde da Criança, Saúde da Mulher. A nossa equipe agradece o apoio e interesse de todos, e espera poder continuar trabalhando juntos.

5. Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Participar do Curso de Especialização em Saúde da Família foi algo que me deixou muito feliz, com a possibilidade de estar aperfeiçoando-me na área de saúde coletiva em que tenho o imenso prazer de atuar. E com os desdobrar das ações fui observando o quão frágil era nosso desempenho quanto Unidade de Saúde da Família, o quanto precisávamos melhorar, e que vários desafios precisavam ser superados, e foi esse propósito que me trouxe até aqui - a possibilidade de melhorar a qualidade da atenção de forma coletiva. A minha aprendizagem foi construída junto à equipe, transformando-se em um processo de educação permanente e superando as limitações.

Inúmeras foram às vezes em que pensei que não daria conta de concluir a intervenção, que deixei de participar dos fóruns e enviar as tarefas em tempo hábil, muitas foram às dificuldades que me afastavam de meus objetivos, inclusive fui solicitada a assumir outro setor da secretaria de saúde, o que me fez reiniciar a intervenção. Porém, graças ao incansável apoio da minha orientadora (Patrícia Nelly Menezes), com muito diálogo vencemos cada etapa, superamos as dificuldades e concluímos o cronograma proposto.

Avaliando minha intervenção considero que foi concluída de forma satisfatória atingindo os objetivos propostos pelo projeto pedagógico, e propiciando a avaliação do perfil dos usuários hipertensos e diabéticos e nos levando a planejar ações interdisciplinares contínuas. Trouxe-me a possibilidade de compreender e aprofundar meus conhecimentos acerca do acolhimento demanda espontânea e programada, planejamento em saúde, organização do processo de trabalho com a perspectiva de promover impacto no processo saúde-doença dessa população e maior resolutividade.

O curso de especialização em saúde da família da UFPel contribuiu para minha prática profissional ampliando meus conhecimentos acerca da ESF e a

oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e da equipe, que se envolveram na busca pela melhoria da qualidade da atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na UBS 7, Uruguaiana.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde Brasília. **Hiperdia – Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos** – Manual de Operação. Rio de Janeiro, 2002.

BRASIL. Organização Panamericana de Saúde. **Doenças crônico-degenerativas e obesidade**: Estratégia mundial sobre alimentação saudável, atividade física e saúde, 2003.

BRASIL. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: www.ibge.com.br. Acesso em: 20/02/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. – (Cadernos de Atenção Básica; 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. (Cadernos de Atenção Básica, n. 16) (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Brasília : Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus**. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

FARDO, V. M.; CREUTZBERG, M.; SILVA, M. C. S. **Qualidade de vida de idosos hospitalizados**: um estudo preliminar. Rev. Nurs. 2005; Jul; 86(8):314-9.

MERRY, E. E. Engravitando Palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A. (orgs.). **Construção Social da Demanda**: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, ABRASCO, 2005. p. 195-2006.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR, C. E. A. Entre a liberdade e a Dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: **Antropologia, saúde e envelhecimento**. RJ: Fiocruz, 2002.

PASSOS, V. M. A; ASSIS T. D.; BARRETO, S.M. **Hipertensão Arterial no Brasil**: estimativa de prevalência apartir de estudos de base populacional. Brasília Epidemiol. Sev. Saúde, 2006.

RAMIRES, J. A.; CHAGAS, A. C. Panorama das doenças cardiovasculares no Brasil. In: NOBRE, F.; SERRANO, C. V. (editores). **Tratado de cardiologia**. SOCESP. São Paulo: Manole; 2005. p. 7-46.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **IV Diretrizes Brasileiras sobre Dislipdemia e Prevenção da Aterosclerose.** [S.l.] Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 2007, 88(1).

SILVA, A. B.; GOMES, B. C. F. **Apoio matricial e rede de cuidado integral em saúde mental:** vivências e percepções de profissionais de saúde do Município de Uruguaiana. Trabalho de conclusão de curso para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem; Universidade Federal do Pampa; Uruguaiana, 2010.

ANEXOS

