

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria do Programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Conceição, São Sebastião do Caí, RS

Odalys Lago Carballea

Pelotas, 2015

Odalys Lago Carballea

Melhoria do Programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Conceição, São Sebastião do Caí, RS

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

Orientador: Rosângela de Leon Veleda de Souza

Pelotas, 2015

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

C263m Carballea, Odalys Lago

Melhoria do Programa de Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na USF Conceição, São Sebastião do Caí, RS / Odalys Lago Carballea; Rosângela de Leon Veleda de Souza, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

101 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Souza, Rosângela de Leon Veleda de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha família pelo apoio que sempre tem oferecido para a obtenção de meus objetivos pessoais e profissionais e em especial a minha filha por entender os sacrifícios que encerra esta profissão.

Agradecimentos

Agradeço a todos os integrantes de minha equipe e gestores municipais de saúde pelo apoio e parceria incondicional na realização deste trabalho e em especial a meus orientadores Rosângela Veleda de Souza e Ernande Valentin do Prado porque sem sua ajuda e sistemático acompanhamento não teria sido possível a realização do mesmo.

Resumo

Lago Carballea, Odalys. **Melhoria do Programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Conceição, São Sebastião do Cai, RS. 2015.** 99f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano. 2015

O presente trabalho tem como objetivo fundamental melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Conceição, do município São Sebastião do Cai, estado do Rio Grande do Sul, tomando como base que na atenção integral a este grupo de usuários não foram realizadas todas as ações de saúde correspondentes de acordo com o que preconiza os protocolos estabelecidos. Este trabalho consiste na aplicação de uma intervenção que permite a implementação de ações de saúde específicas para a atenção deste grupo alvo, em uma unidade de saúde familiar que atende a uma população de 3900 habitantes com predomínio de pessoas da terceira idade. Esta intervenção foi realizada durante 12 semanas de trabalho por meio do cumprimento de um cronograma de ações que obedeceu a objetivos gerais e específicos, com metas e indicadores de avaliação bem estabelecidos. As ações foram realizadas dentro dos quatro eixos temáticos: monitoramento e avaliação, gestão e organização, qualificação da prática clínica e engajamento público. Além disso, o projeto foi embasado com subsídio dos protocolos do Ministério da Saúde disponibilizados nos Cadernos de Atenção Básica, n. 37, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica 2013 e no caderno de Atenção Básica, n. 36, 2013, relativo às Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Ao finalizar este período realizamos o atendimento de 394 pessoas com hipertensão arterial sistêmica o que corresponde a **66,4%** de cobertura total e a **137** pessoas com diabetes mellitus correspondendo a **93,8%** do total de usuários da área de abrangência cadastrados com esta doença. Durante a intervenção foram utilizados instrumentos de coleta de dados e registro de informações específicas dos atendimentos realizados, com análise sistemática dos resultados obtidos, ressaltando que foi atingido um alto nível de cobertura dos atendimentos, as ações de qualidade como exame clínico completo, avaliação de risco cardiovascular, indicação e realização dos exames complementares em dia, esquema vacinal e orientações específicas, foram cumpridas em 100% dos casos avaliados. A adesão dos usuários ao projeto foi 100% favorável, sem casos faltosos, com o uso de aproximadamente 98% das medicações do Sistema Único de Saúde, o que repercute de maneira positiva na saúde da comunidade por contar com um atendimento de qualidade, padronizado e sistemático destes usuários com uma equipe de saúde que tem como objetivo incorporar as ações desenvolvidas na intervenção, como parte indissolúvel de nosso serviço.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; doença crônica; diabetes mellitus, hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia: UBS “Conceição”.	12
Figura 2	Fotografia: Sala de curativos.	13
Figura 3	Fotografia: Sala de procedimentos.	13
Figura 4	Fotografia: Consultório médico.	14
Figura 5	Fotografia: Sala de recepção e arquivo.	15
Figura 6	Fotografia: Local para medicamentos e materiais.	15
Figura 7	Fotografia: Visita Domiciliar ao grupo alvo.	61
Figura 8	Gráfico: Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção a pessoa com hipertensão da USF Conceição, São Sebastião do Caí, RS	61
Figura 9	Gráfico: Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção a pessoa com diabetes da USF Conceição, São Sebastião do Caí, RS.	63
Figura 10	Fotografia: Controle das cifras pressóricas e de glicose do grupo alvo.	65
Figura 11	Fotografia: Controle das cifras de glicose do grupo alvo.	67
Figura 12	Gráfico: Evolução mensal da proporção de usuários hipertensos com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia da USF Conceição, São Sebastião do Caí, RS.	68
Figura 13	Gráfico: Evolução mensal da proporção de usuários diabéticos com prescrição priorizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia da USF Conceição, São Sebastião do Caí, RS.	69
Figura 14	Fotografia: Trabalho com as fichas espelhos.	73
Figura 15	Fotografia: Trabalho com as fichas espelhos e planilha de coleta de dados.	74
Figura 16	Fotografia: Mensurações do grupo alvo, elemento de qualidade na atenção.	76
Figura 17	Fotografia: Atividades de orientação com o grupo de usuários.	81
Figura 18	Fotografia: Grupo de pessoas com hipertensão e diabetes mellitus.	82

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário da Saúde.
APS	Atenção Primária de Saúde.
CAPS	Centro de Atenção Psico social.
CAB	Cadernos de Atenção Básica.
CAP	Caderno de ações programáticas.
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica.
DCVs	Doenças Cérebro Vasculares.
DTS	Doenças de Transmissão Sexual.
DM	Diabetes Mellitus.
ESB	Equipe de Saúde Bucal.
ESF	Estratégia da Saúde da Família.
E-SUS	Sistema de Prontuário Eletrônico.
ERF	Escore de Risco de Framingham.
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica.
HPV	Vírus do Papiloma Humano.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IMC	Índice de Massa Corporal.
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família.
PMMB	Programa Mais Médicos Para o Brasil.
SAMU	Sistema de Atenção Móvel de Urgências.
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica.
SISCOLO	Sistemas de Informação do Câncer do Colo do Útero.
SUS	Sistema Único de Saúde.
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas.
UBS	Unidade Básica de Saúde.
USF	Unidade de Saúde da Família.
UNASUS	Universidade Aberta do SUS.

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional.....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	28
2 Análise Estratégica	30
2.1 Justificativa.....	30
2.2 Objetivos e metas.....	30
2.2.1 Objetivo geral	32
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	32
2.3 Metodologia.....	34
2.3.1 Detalhamento das ações.....	34
2.3.2 Indicadores.....	43
2.3.3 Logística.....	50
2.3.4 Cronograma	53
3 Relatório da Intervenção.....	54
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	55
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	57
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	57
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	58
4 Avaliação da intervenção.....	59
4.1 Resultados	59
4.2 Discussão.....	82
5 Relatório da intervenção para gestores.....	85
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	89
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	92
Referências.....	94
Anexos.....	95

Apresentação

Este volume trata sobre o trabalho de conclusão do curso de pós- graduação em Saúde da Família, modalidade a distância, desenvolvido pela Universidade Federal de Pelotas. Este curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de Abril do ano 2014, com as postagens das primeiras tarefas, finalizando no mês de agosto do ano 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão do curso, aqui apresentado.

O trabalho realizado esta relacionado com a aplicação de uma intervenção na Unidade de Saúde da Família Conceição, Município São Sebastião do Cai, Estado do Rio Grande do Sul, com o objetivo de melhorar a atenção á saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na comunidade, com o mesmo nome. Este volume esta organizado em sete unidades sequenciais de trabalho. Na primeira unidade se apresenta a análise situacional, na segunda unidade se mostra a análise estratégica de construção de um projeto de intervenção.

Posteriormente, na unidade três, esta descrito o relatório da intervenção, desenvolvida durante 12 semanas. Na quarta sessão, são descritos os resultados da intervenção, mostrando os gráficos dos principais indicadores de saúde obtidos durante este tempo e discussão dos resultados. Na quinta sessão se descreve o relatório da intervenção para gestores, seguido da sexta sessão onde se descreve o relatório da intervenção para a comunidade. Na sétima e ultima sessão foi realizada a reflexão critica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer da intervenção e do curso. Ao final do volume encontram-se os anexos e apêndices utilizados neste trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da USF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde eu trabalho se chama "Conceição" tem o mesmo nome do bairro onde está localizada. É pequena estruturalmente e conta com:

- Sala de espera.
- Sala de vacina.
- Sala de curativos.
- Consulta médica.
- Banheiro.
- Cozinha.

As dimensões dos espaços são pequenas mais o coração dos trabalhadores que tem é grande porque tenho uma equipe de saúde composta por pessoas humanas e capazes.

O recurso humano da equipe está composto por:

- Três agentes comunitários de saúde para quatro regiões.
- Uma técnica de enfermagem.
- Uma enfermeira.
- Uma auxiliar administrativa.
- Uma secretária.
- Uma médica.

Neste aspecto a equipe precisa de outro agente comunitário de saúde. No entanto, tenho boas notícias, pois já foi dado início a construção de uma nova UBS no mesmo bairro que terá uma sala para atendimento odontológico.

No município São Sebastião do Caí, que é onde trabalho, a nossa UBS é menor estruturalmente, mas dentro de um ano ou menos vai ser uma das maiores. No meu município há mais três colegas do programa Mais Médicos e junto com eles a Estratégia de Saúde da Família (ESF) está 90% completa. Neste sentido, falta apenas algumas localidades isoladas por cobrir. O perfil da população atendida é rural, com um nível educacional médio, composta principalmente por pessoas da terceira idade. A UBS atende um total de 3910 habitantes onde predominam as doenças crônicas como: hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, dislipidemias, asma bronquial e Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Até o momento a maior incidência de doenças transmissíveis está nas infecções respiratórias agudas. O processo de trabalho é organizado semanalmente e a dinâmica da UBS funciona da seguinte maneira: Todas as segundas de manhã: atenção pré-natal de baixo risco; todas as segundas de tarde: consulta de puericultura e das 15:30h às 16:30 horas, reunião da equipe, todas as terças de manhã e de tarde: consultas agendadas de usuários com doenças crônicas. Todas as quartas: são disponibilizadas às 8 horas destinadas ao Curso de Especialização em Saúde da Família. Mas no posto de saúde se realiza coleta de amostras para citologia de colo de útero, exames e outros procedimentos e atendimentos, todas as quintas de manhã: consultas agendadas de pessoas com doenças crônicas e de tarde, visita domiciliar, todas as sextas de manhã e de tarde: consultas agendadas de indivíduos com doenças crônicas, também atividades coletivas com os grupos de usuários com estas doenças. De maneira geral se faz um total de 18 - 20 consultas por dia o que computam em torno de 30 atendimentos diários. Todas as urgências são acolhidas no posto e encaminhando, quando necessário, para atendimentos no serviço especializado. A comunidade é muito receptiva, respeitosa e a comunicação é boa, mas é necessário trabalhar muito para mudar o estilo e modo de vida, pois os hábitos alimentares inadequados incidem negativamente na aparição de doenças crônicas e suas complicações. O município conta com um hospital geral, um centro de Atenção Psicossocial (CAPS), atendimento odontológico, uma sala de fisioterapia e reabilitação, atendimento obstétrico e de pediatria. Todos eles estão em função da saúde da população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município São Sebastião do Caí tem uma população de 21.932 habitantes, da mesma 10 738 pessoas pertence ao sexo masculino e 11 194 pertencem ao sexo feminino, com um crescimento populacional estimado de 24 515 habitantes para o ano 2014, tendo como referencias as informações oferecidas pelo ultimo senso populacional realizado no ano 2010, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). O Município conta com cinco Unidades Básicas de Saúde (UBS), da quais quatro trabalham com a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e uma UBS tradicional. Neste momento, com a chegada do Programa Mais Médicos Para o Brasil (PMMB), o município completou as quatro equipes de saúde da ESF, abarcando quase a totalidade de sua área de abrangência, restando somente algumas comunidades muito distantes com uma população menor sem acompanhamento de saúde diário, mas também são atendidas em dias específicos da semana.

A Unidade Central conta com os serviços das especialidades de Ortopedia, Pediatria, Ginecologia e Obstetrícia, Otorrinolaringologia, Odontologia, Nutrição, Psiquiatria, Cardiologia, Fisiatria e Reabilitação, laboratório clínico, epidemiologia, medicina do trabalho, que fazem Inter consultas a todos os usuários do sistema. Para avaliar casos que necessitam atendimento de outras especialidades médicas, estes são encaminhados ao município de Montenegro, por ficar mais próximo e a Porto Alegre quando seja preciso. Contamos com um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que presta serviço de psiquiatria, psicologia e terapia ocupacional a todos os usuários do município. E também com um Centro de Reabilitação e outro centro de Assistência Social. O município tem uma Farmácia Central que distribui os medicamentos às UBS e que também presta serviço aos usuários. Na Unidade Central, além das consultas com especialidades médicas mencionadas, é feito plantão diariamente até às 22 horas. Existe um Hospital Geral denominado: "A Sagrada Família, que presta serviço a todo o município 24 horas ao dia, encaminhando os usuários para o município mais próximo, quando precisam de atendimento mais especializado, a traves do Sistema de Atenção Móvel de

Urgências (SAMU). A rede de Atenção Médica privada conta com a maioria das especialidades médicas. O município não conta com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) porque não reúne os requisitos indispensáveis para optar por este serviço ao ser relativamente pequeno.

A Unidade Básica de Saúde de “Conceição” trabalha com o modelo de ESF, é uma UBS rural que abarca uma população de 3900 habitantes, localizada na comunidade do mesmo nome e está subordinada ao Sistema Único de Saúde (SUS). Na UBS não são desenvolvidas atividades de ensino.



Figura 1. UBS “Conceição”

Está composta por uma equipe de saúde conformada por médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, três Agentes Comunitários de Saúde (ACS), administrador, secretária e auxiliar de limpeza. A equipe trabalha de segunda-feira a sexta-feira em dois turnos de trabalho pela manhã e tarde desde às 8:00 horas até às 17:00 horas. A UBS está em atividade há três anos e neste momento está se construindo uma nova UBS, para substituir à atual com uma melhor e mais ampla estrutura. Estruturalmente é pequena, não tem sala de reuniões, almoxarifado, sala de vacina, farmácia, serviço odontológico, depósito para material de limpeza, sala para coleta de amostras.

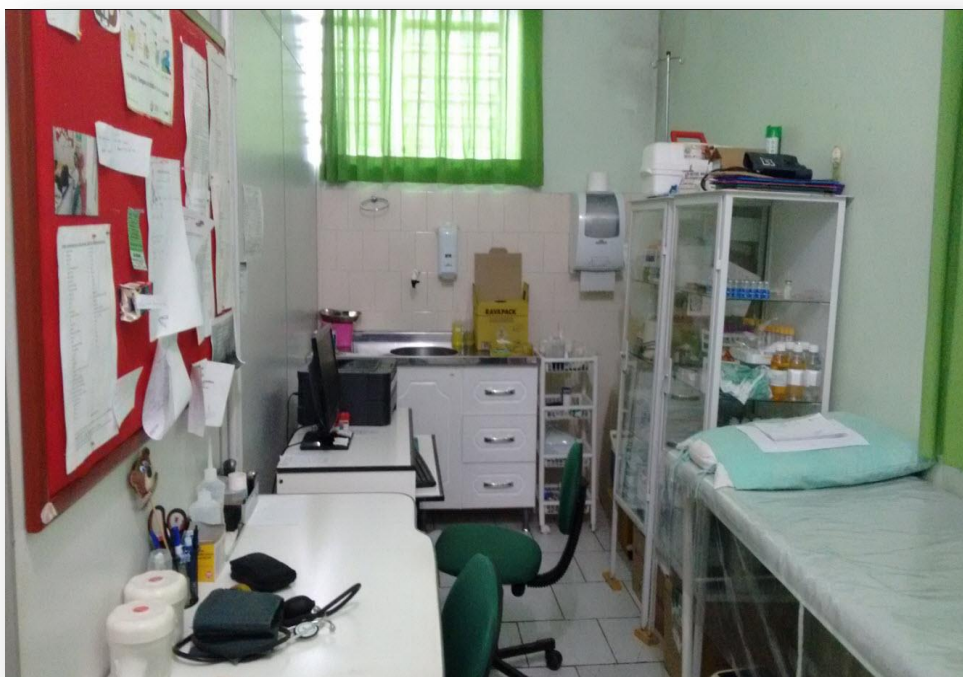


Figura 2. Sala de curativos



Figura 3. Sala de procedimientos

Conta com um consultório médico, sala de procedimentos, sala de nebulização, sala de espera, cozinha pequena e um banheiro para os usuários e a equipe de saúde. O tamanho da área física utilizada para todas as dependências é pequena e estreita, mas, todos os procedimentos são feitos com a qualidade requerida.

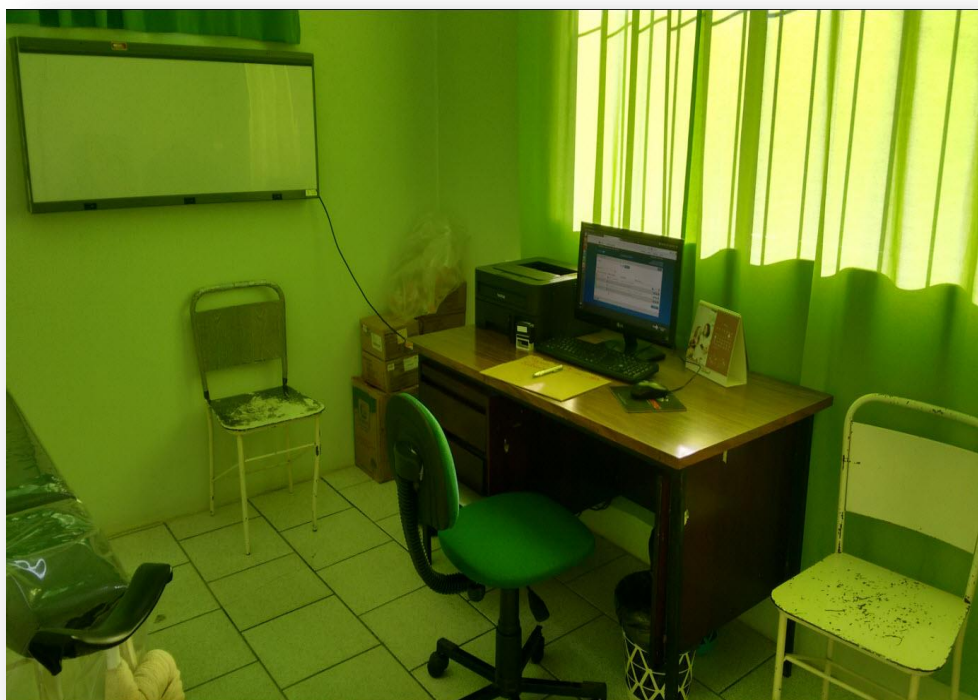


Figura 4. Consultório médico.

O acesso ao prédio pelas pessoas com deficiência não é dificultado porque tem corrimãos na escada principal e rampa, mas, não tem cadeira de rodas para auxiliar o transporte interno dos usuários que necessitem. O principal elemento negativo na estrutura é a ausência de sala de vacina, pois os usuários devem se dirigir à unidade central para receber a vacinação padronizada pelo SUS e a equipe também tem que procurar as vacinas na Secretaria Municipal de Saúde no período de campanha de vacinação contra a gripe e vírus do papiloma humano (HPV) para poder vacinar a população. Toda esta situação atrapalha o desenvolvimento desta tarefa tão importante, mas sempre é cumprida. Todas estas dificuldades serão resolvidas com a construção da nova UBS, pois, a mesma vai contar com uma estrutura adequada, quedando corrigidas todas as limitações estruturais citadas anteriormente.

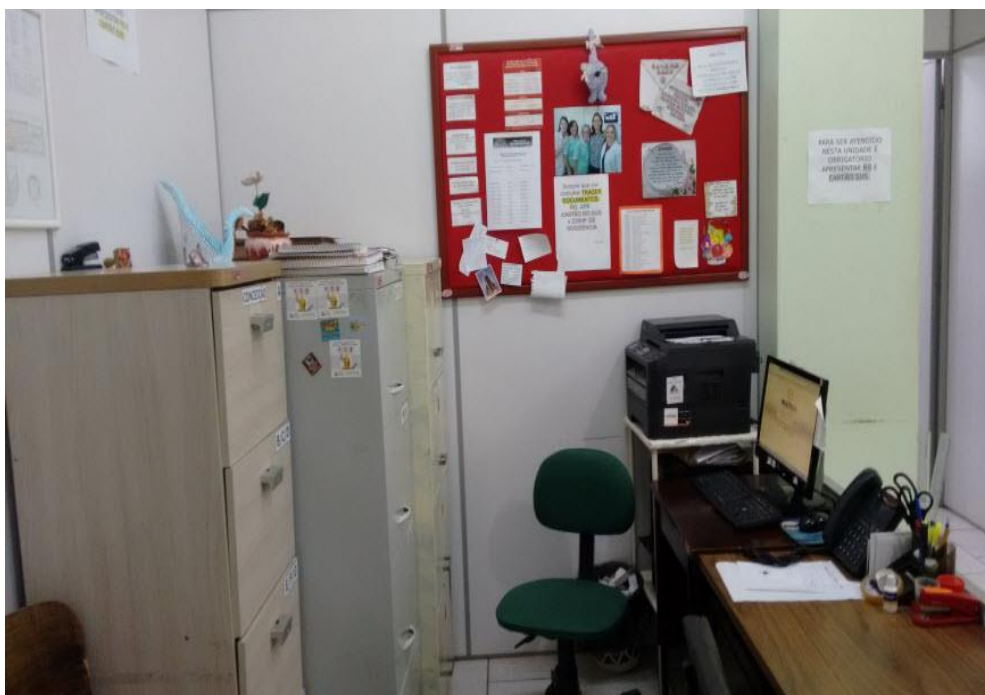


Figura 5. Sala de recepção e arquivo



Figura 6. Local para medicamentos e materiais.

Dentro dos aspectos relacionados com as atribuições dos profissionais da equipe existem elementos que devem mudar para melhorar o funcionamento como a participação de todos os integrantes da equipe no processo de territorialização e mapeamento da área da atuação, para ampliar o conhecimento da área de abrangência, de cada micro área, dos principais centros comerciais, escolas, igrejas, redes sociais etc. Aspecto que já temos em conta para a nova atualização do mapeamento. Não é feita busca ativa dos usuários faltosos a consulta porque não existe uma ação específica para isso, situação que com os novos sistemas de registro e controle dos principais programas de saúde estabelecidos, será resolvida.

A notificação compulsória dos usuários é feita somente pela enfermagem, ação que não é exclusiva de um só profissional, o que será mudado de imediato. De igual maneira a busca ativa de doenças e agravos deve ser feita por toda a equipe, elemento que será resolvido, para ter maior capacidade de resolução. De igual maneira, a participação em atividades de qualificação profissional é limitada porque só o enfermeiro e o médico participam situação que também será incentivada pela equipe. Como pode ser apreciado, existem muitas coisas que necessitam mudanças, fundamentalmente de caráter subjetivo. No entanto, agora que conhecemos melhor os componentes da estratégia de saúde da família, as funções de cada membro da equipe e nossas limitações estas serão solucionadas com o único objetivo de melhorar a saúde de nossa população.

Dos 3900 habitantes da área adstrita, 1988 (51%) são do sexo feminino e 1912 (49%) do sexo masculino. Contamos com 1210 mulheres em idade fértil representando o 31% do total de mulheres da área. As pessoas com mais de 60 anos representam o 13% da população com 507 habitantes. Cerca de 719 (18,4%) da população encontra se em idade infantil de zero a 14 anos. A equipe de saúde esta composta por oito integrantes, estando acorde com o tamanho da população, definida para uma ESF no Brasil.

Em relação ao funcionamento da equipe o acolhimento aos usuários é realizado todos os dias e em todos os horários de trabalho, todos os casos são acolhidos oferecendo resolutividade e priorizando aqueles com maiores riscos, biológico ou social no máximo e 10 minutos. Quando são solicitadas consultas, com os diferentes profissionais da equipe, os usuários sempre são atendidos. O excesso de demanda espontânea é mínimo, pois os casos são acolhidos ou derivados a outros serviços atendendo ao grau de urgência, prioridade, riscos e possibilidade de

resolução. A solução do problema do usuário sempre é fornecida da melhor maneira. Em ocasiões quando existem usuários faltosos a consulta, outras pessoas necessitadas de atendimento são atendidas, nesse mesmo dia, viabilizando o fluxo dos atendimentos.

Dentro dos aspectos negativos posso citar o acolhimento só pode ser feito na sala de procedimentos de enfermagem, situação que não impede a realização desta atividade. Inicialmente não eram todos os profissionais que realizavam o acolhimento, este era feito somente pela enfermeira e técnico de enfermagem, atividade que, neste momento, é feita por toda a equipe de saúde. Desta forma, os casos de demanda espontânea são sempre atendidos no dia sem existir pessoas não acolhidas.

A cobertura assistencial no programa de saúde da criança de zero a 12 meses apresenta 26% com 12 crianças acompanhadas, o que se considera baixa em relação ao total populacional, mas, estas são as existentes até o momento, pois todas as crianças menores de um ano que existem, estão sendo acompanhadas pela equipe de saúde e a pediatra. De igual maneira acontece com as crianças até 72 meses, pois todas recebem atendimento na unidade e no seu domicílio pela equipe de saúde. Os indicadores de qualidade do programa, tais como, o número de consultas de acordo com os protocolos do Ministério de Saúde, a realização do teste de pezinho, o monitoramento do crescimento e desenvolvimento psicomotor, a vacinação em dia, à avaliação da saúde bucal, orientação sobre o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e a prevenção de acidentes, são avaliados e cumpridos com a qualidade requerida mostrando 100% de cobertura por sua aplicação em todos os casos. Somente a primeira consulta nos primeiros sete dias de vida apresenta 33%, considerando-se baixo, porque depende de fatores subjetivos da mãe, em procurar o atendimento neste período, ao nível de retroalimentação que tenha a equipe no momento da alta hospitalar á implantação de um sistema de informação oportuno entre a equipe e a família, a necessidade de disponibilizar a consulta de puericultura todos os dias da semana.

Existem aspectos que poderiam ser melhorados no processo de trabalho para ampliar a qualidade e cobertura da atenção da criança, tais como: estabelecer a consulta de puericultura todos os dias da semana e em os dois turnos de trabalho. O tratamento dos problemas de saúde bucal e mental das crianças não é realizado na unidade por não contar com este serviço, mas as crianças com este tipo de

problema são avaliadas e depois encaminhadas ao serviço pertinente, seja no CAPS ou clínica odontológica na unidade central municipal. Esta situação deve melhorar com a construção da nova UBS. Em relação ao CAPS, já foi estabelecido um dia específico para atender os casos com problemas de saúde mental na mesma unidade, neste caso todas as segundas às 15 horas. Os atendimentos das crianças para seu melhor monitoramento e controle deveriam ser registrados, além do prontuário, na caderneta e registro vacinal em outro tipo de registro mais abrangedor que permita unificar todas as informações e controlar o processo, registro que nestes momentos começamos a realizar. Para aumentar as atividades de promoção de saúde e o número de participantes precisamos aumentar o número de grupos de puericultura no intuito de melhorar à assistência as atividades. Igualmente, a utilização de outros espaços como igrejas e creches para desenvolver estas atividades é outra medida a programar, já que são lugares frequentados por mães que tem filhos pequenos.

Em relação à atenção pré-natal nossa UBS têm 15 gestantes acompanhadas neste momento, para uma cobertura de 26%, que avalio como baixa, mas esta situação obedece a que há pouco tempo foi iniciado o atendimento do pré-natal na unidade. Anteriormente a maioria era acompanhada pela obstetra na unidade central municipal e na rede privada. Para o final deste ano esperamos que 100% das gestantes sejam acompanhadas na unidade pois as novas gestantes estão sendo captadas pela equipe de saúde. Avaliando alguns dos indicadores de qualidade na atenção pré-natal como a captação precoce, o número de consultas estabelecidas atendendo às semanas de gestação, a vacinação antitetânica e contra a hepatite B, a suplementação com sulfato ferroso, o exame ginecológico, a atualização do exame citopatológico de colo de útero, avaliação da saúde bucal, e as ações de promoção de saúde, estão sendo realizadas em 100% das usuárias acompanhadas.

A cobertura da atenção ao puerpério está baixa correspondendo a apenas 23%, situação que obedece a iguais causas descritas anteriormente, na atenção pré-natal, mas com as novas puérperas que estão surgindo à cobertura desta ação será futuramente ampliada. Os indicadores da atenção ao puerpério avaliados nas seis novas mães, é adequado em todas as usuárias atendidas. Em relação ao processo de trabalho neste programa, existem aspectos que podem ser melhorados para ampliar a cobertura e brindar um atendimento de maior qualidade, tais como: Aumentar os dias de atendimento ao pré-natal, para melhorar a cobertura e

acessibilidade ao serviço; viabilizar o tratamento dos problemas de saúde bucal e mental das gestantes, na unidade central do município, coordenando ações para garantir que seja priorizada, situação que deve melhorar ao concluir a nova UBS; criar e disponibilizar um arquivo com um sistema de registro dos atendimentos das gestantes e puérperas, para ter acesso às informações individuais de cada usuária e planejar as ações de saúde individual e coletiva em cada caso e; aumentar a quantidade de grupos de gestantes e puérperas a um grupo por cada microrregião, para garantir a participação das mesmas e melhorar as atividades de educação, promoção e prevenção de saúde; confeccionar relatórios mensais sobre os principais aspectos da atenção ao pré-natal e puerpério e discuti-los com toda a equipe, para enriquecer os atendimentos; começar a trabalhar com o controle de risco pré-concepcional, para garantir uma gravidez satisfatória e controlar os riscos prévios como administrar ácido fólico na prevenção de malformações congênitas do tubo neural, entre outras ações de saúde.

Comentando sobre o funcionamento do programa de prevenção e controle do câncer de colo de útero em nossa UBS a cobertura total de mulheres entre 25 e 64 anos acompanhadas corresponde a 77% sendo avaliada abaixo do esperado, situação que obedece a várias causas, tais como: população ainda não cadastrada em 100%, mulheres que fazem seu atendimento na rede privada e ausência de um controle mais específico do programa. Temos identificadas diferentes deficiências neste programa como: atraso nos exames cito patológicos que mostra 43% de cobertura, pois, a unidade só utiliza um dia para fazer a coleta da amostra, presença de mulheres faltosas e que não comparecem para realizar a coleta da amostra no tempo previsto e a não existência de um sistema de controle mais eficiente para recuperar este atraso, existe 13% de atraso na realização do exame cito patológicos, com mais de 6 meses devido a que as usuárias não comparecem ao posto para fazer a coleta da amostra, no dia estabelecido, são agendadas para outro dia e tampouco se apresentam, esta problemática poderá ser resolvida estabelecendo um sistema mais eficiente para a recuperação em tempo destas usuárias, com mais apoio dos ACS, enfatizando as ações de promoção e educação em saúde. Das 825 usuárias acompanhadas somente cinco tiveram citologia alterada, o que representa uma cobertura baixa, elemento que até o momento indica que a incidência do câncer de colo de útero é baixa, aspecto relacionado com a cobertura insuficiente. Elementos como a avaliação de risco das usuárias para este

tipo de câncer apresentam 72%, situação que deve se reverter de imediato com a realização do que está protocolizado no programa.. Cerca de 90% das usuárias são orientadas sobre a prevenção deste tipo de câncer e sua relação com as doenças de transmissão sexual (DTS), mas devemos chegar ao 100%, com o apoio de toda a equipe e a realização de mais ações de promoção de saúde neste tema. Das amostras coletadas 97% são satisfatórias, aspecto que pode ser melhorado para um 100% fornecendo uma boa orientação às usuárias sobre as medidas higiênicas a seguir antes da coleta da amostra e, a melhoria da técnica para a coleta correta. Igualmente 96% dos exames coletados têm células representativas da junção escamo colunar do colo de útero, o que avalia este aspecto como satisfatório.

Existem aspectos que podem ser melhorados na prevenção do câncer de colo de útero como são: Aumentar a realização da coleta de exame citopatológico para mais de um dia na semana e em todos os turnos de trabalho; estabelecer um sistema de registro, arquivo e controle mais eficiente , para avaliar indicadores de qualidade no programa; aumentar o número de profissionais da equipe que realizam a coleta da amostra; aumentar as ações de promoção de saúde na prevenção do câncer de colo de útero, fazer relatórios mensais relativos ao cumprimento do programa e, melhorar a organização dos grupos de mulheres para a realizar atividades de promoção e prevenção, começar a trabalhar com os programas: Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), pois existem há três anos, mas não funcionam. Em relação ao seguimento das mulheres que apresentam exames alterados além da melhoria do registro e controle das ações com os relatórios, que já estão sendo feitos, também se faz encaminhamento de urgência ao serviço especializado de patologia de colo de útero, para seu tratamento, avaliamos o caso mensalmente realizando seguimento da mulher para acompanhar a evolução do processo, garantimos o apoio psicológico na consulta e com sua família, a traves de consultas e visitas domiciliares. A organização das ações desenvolvidas no programa de atenção a saúde da mulher, no controle do câncer de útero, estão sendo desenvolvida acorde ao o protocolo específico do estado, que estabelece para a prevenção e tratamento destas usuárias que o rastreamento anual, considerando a alta incidência do papiloma vírus e a rápida evolução das lesões depois de apresentadas. Todos os profissionais da equipe estão envolvidos neste

processo, de prevenção, rastreamento, e controle do câncer de colo de útero e a população têm tido uma boa aceitação.

No controle e prevenção do câncer de mama a cobertura total de mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e acompanhadas se apresenta com 81%, situação que se deve a que ainda existe população feminina não cadastrada, a falta de registro destas ações de saúde desenvolvidas, no prontuário médico e de outros sistemas de registros efetivos. Das usuárias acompanhadas 42% tem a mamografia em dia, situação que se deve ao tempo que demora este exame em ser feito à baixa indicação do mesmo, pois um 37% tem atraso de mais de três meses na realização da mamografia por estas mesmas causas. A avaliação de risco das usuárias para câncer de mama, se apresenta em 90%, assim como a orientação sobre as medidas de prevenção que tem uma cobertura maior do 97%, situação será melhorada com ações de promoção, educação, orientação nos diferentes espaços de interação.

Existem medidas que podem melhorar a qualidade deste processo como são: Estabelecer um sistema de registro, arquivo e controle efetivos, para avaliar indicadores de qualidade como, cobertura dos atendimentos, usuárias com mamografias atrasadas e alteradas; aumentar as ações de promoção de saúde na prevenção do câncer de mama com novas iniciativas, nos diferentes grupos de conformados, como gestantes, adolescentes e em todos os espaços de interação possíveis, realizar relatórios nas reuniões da equipe e atividades do andamento do programa; definir ações de coordenação, planejamento, avaliação e controle para cada membro da equipe; garantir uma melhor e mais sistemático apoio psicológico da usuária e sua família na sua recuperação. Resumindo, neste programa, todos os integrantes da equipe estão envolvidos, o protocolo de controle estabelecido pelo ministério e descrito na literatura, é utilizado como padrão. As ações de saúde sempre são adaptadas a nossa realidade, avaliando nossas limitações e vantagens. O processo de trabalho na prevenção e controle do câncer de mama deve ser melhorado de maneira geral para garantir a prevenção e tratamento oportuno deste câncer, sendo necessário estabelecer as ações anteriormente expostas para organizar mais o mesmo.

Abordando o tema da atenção integral à pessoa com hipertensão na UBS a estimativa do número de usuários com 20 anos ou mais residente na área de cobertura e acompanhados na UBS, encontra se 91%, para um total de 789 pessoas, a qual é adequada a nossa realidade, mas não todos os usuários com

hipertensão se encontram registados nos controlos existentes existindo outros que estão sendo diagnosticados, como caso novo, aspecto que com o tempo melhorará a cobertura. O processo de trabalho em relação aos atendimentos dos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) na UBS funciona desta maneira: Na unidade se realizam atendimentos para os hipertensos todos os dias da semana e em os dois turnos de trabalho, com a participação de toda a equipe, após da consulta o adulto com HAS, sai com a data da próxima consulta programada. Não existe excesso de demanda nos atendimentos por esta causa e todos os problemas agudos dos usuários são atendidos na hora, decidindo a conduta específica em cada caso. Os controlos a estes adultos são feitos pela padronização estabelecida pelos protocolos de atendimento disponibilizados pelo Ministério da Saúde e a secretaria estadual sendo utilizados por todos os integrantes da equipe. São desenvolvidas ações de promoção, prevenção, rastreamento, tratamento de problemas agudos e crônicos, de saúde mental, com as respectivas orientações sobre a importância das mudanças para hábitos de vida saudáveis o controle do peso corporal, , assim como a importância da realização do tratamento médico, vacinação etc.

Existem três grupos de pessoas com hipertensão que realizam reuniões e atividade de educação para a saúde com a equipe e nutricionista semanalmente, onde são desenvolvidas ações de, controlos de cifras tensionais, medição de peso, cálculo de Índice de Massa Corporal (IMC) e são debatidos relatórios relacionados com os controlos feitos a este grupo alvo. As ações são planejadas na reunião da equipe onde cada integrante tem tarefas específicas a desenvolver, são analisados os usuários com mais risco e necessidades de atendimento.

É importante aclarar que estas ações começaram a ser desenvolvidas com o começo de nosso trabalho na USF, porque antes de nossa chegada á mesma o atendimento deste grupo alvo, somente estava limitado a renovação de receitas, medição das cifras de pressão e indicação de alguns exames complementares se ter em conta os protocolos de atendimento estabelecidos. Por isso atualmente os indicadores avaliados em função da atenção à pessoa com hipertensão em nossa UBS mostram um comportamento mais favorável em comparação com outros programas, mas existem aspectos que devem ser melhorados, tais como: Somente 55% das pessoas com hipertensão acompanhadas na UBS estão avaliadas com a estratificação de risco cardiovascular atendendo a Escore de Risco de Framingham (ERF); o de 74% das pessoas com hipertensão acompanhadas não tem os exames

complementares periódicos em dia, situação que obedece à demora na realização destes estudos e em outras ocasiões, ao mesmo usuário, que não comparecem para a coleta das amostras em tempo previsto; somente o 45% das pessoas com hipertensão com problemas de saúde bucal, receberam o serviço odontológico, porque este fica fora da unidade de saúde, e não pode satisfazer a demanda existente; desconhecemos o número de usuários fora da área de cobertura que recebem atendimento para HAS na unidade de saúde; não existe um arquivo específico para o registro dos atendimentos dos usuários com hipertensão, precisando-se a criação deste arquivo com todos os dados fundamentais na atenção a este grupo alvo. Tudo isto permitirá a realização de reuniões e relatórios com mais frequência. Mas, também existem elementos positivos no trabalho como: Todos os usuários que são agendados para consulta, visita domiciliar ou outro tipo de controle estão em dia; em todos os contatos tidos com o usuário com hipertensão, são orientadas de maneira sistemática as medidas para modificar seu estilo de vida, realizando o exame bucal e encaminhando ao odontologista caso seja necessário.

O atendimento ao usuário com diabetes mellitus não é diferente ao que recebe à pessoa com hipertensão pois estas duas doenças são concomitantes na mesma pessoa. O número total de pessoas com diabetes acompanhadas na UBS é de 214 para um 86% de cobertura, sendo está bastante adequada, mais ainda existem casos que não estão registrados. Esta situação precisa mudar para poder chegar atender ao 100% mas, restam poucos casos porque o número de usuários com diabetes existente está muito perto do real. O comportamento dos indicadores de qualidade neste sentido mostra que 89% dos usuários com diabetes tem feita a estratificação de risco, aspecto que deve ser feito a 100% e por todos os integrantes da equipe. Todos estes casos têm seus exames complementares em dia, são examinados na consulta procurando afeções como, o pé diabético, presença dos pulsos tibial, pedioso, sensibilidade superficial e profunda, para um 89% de todos os casos, respetivamente. Não existem consultas atrasadas e o 100% dos adultos com diabetes, são orientados sobre a realização de uma dieta saudável e a prática de exercício físico sistematicamente. Somente 58% dos usuários com diabetes recebem tratamento odontológico pôr a baixa cobertura e a alta demanda do serviço no município, explicado anteriormente, mais todas as afeções bucais são pesquisadas no exame físico. No processo de trabalho com o adulto com diabetes desenvolvem se ações de saúde sistemáticas todos os dias em todos os turnos, com

a orientação sobre os estilos de vida saudáveis, neste sentido existem três grupos onde são desenvolvidas orientações diversas, com toda a equipe e com o apoio da nutricionista do município. Não temos pessoas com diabetes fora da área de cobertura procurando nosso serviço e não existe excesso de demanda. Todos os problemas de saúde agudos dos usuários com diabetes são atendidos sem existir atraso ou demora no atendimento. As atividades de controle e avaliação são feitas como estabelece o protocolo. Cada usuário após da consulta sai com a data da próxima, já agendada, para garantir a continuidade do atendimento.

As principais deficiências identificadas são similares, em comparação as detectadas no atendimento das pessoas com hipertensão, pois estes elementos de melhoria na atenção descritos, foram incorporados após nossa chegada a UBS, porque anteriormente as ações de qualidade não estavam sendo desenvolvidas de maneira protocolizada e organizada. Tendo em conta isto os aspectos a melhorar se encontram os seguintes: Alta demanda do atendimento odontológico que não garanta atender a todos os usuários que precisam; a não existência de um arquivo específico para o registro dos atendimentos dos usuários diabéticos e seu melhor controle; a necessidade de realizar relatórios mais frequentes sobre o processo de atendimento a este grupo alvo. E finalmente incorporar as ações de qualidade na atenção padronizadas a este grupo de pessoas, ao serviço.

Em outra ordem de temas, a atenção à população idosa na UBS estabelece uma estimativa de um 95% para as pessoas maiores de 60 anos residentes na área de cobertura e que recebem atendimento na UBS. Esta porcentagem de cobertura com 507 usuários em atendimento, pode ser avaliado de adequado, situação que se assemelha a nossa realidade. Como existem pessoas ainda não cadastradas o 5 % restantes está em este grupo, sendo esta uma situação a melhorar. Analisando os indicadores da qualidade na atenção prestada a pessoa de terceira idade em nossa UBS, podemos dizer que um dos principais problemas identificados é que não temos caderneta de saúde da pessoa idosa, somente usamos o prontuário para o registro dos atendimentos, encontrando-se esse indicador em 0%. Para a solução desta problemática faremos a solicitação deste documento à Secretaria de Saúde Municipal. Em relação à Avaliação Multidisciplinar Rápida da pessoa idosa, encontra-se muito baixa apresentando 43% de cobertura, situação a corrigir empelando os métodos disponibilizados para fazer a mesma, como rotina de trabalho na atenção ao idoso. Cerca de 69% das pessoas da terceira idade, têm o

acompanhamento em dia situação que é desfavorável, isto deve-se a que muitos usuários não comparecem a consultas e devem ser atendidos no domicílio devido a situação de saúde que apresentam. Dos usuários cadastrados, acompanhados e acolhidos na UBS, 425 são pessoas com hipertensão correspondendo 74% de prevalência da doença em este grupo e 172 são pessoas com diabetes o que corresponde a 34% de prevalência em idosos, sendo este um comportamento adequado destas doenças em esta faixa etária. Cerca de 89% dos idosos são avaliados tendo em consideração o risco de morbimortalidade, e 61% são avaliados considerando os indicadores de fragilização, aspecto que também deve ser realizado em 100% dos casos, pois ambos são elementos que traduzem qualidade do atendimento e distinguem o atendimento usual do atendimento específico da terceira idade.

A maioria dos usuários idosos recebem orientações em função da necessidade que têm a pessoa idosa como, realizar uma adequada alimentação, praticar exercícios físicos regularmente em uma 90% dos casos, elemento que também deve ser orientado em um 100% dos atendimentos. Estas atividades educativas e de promoção, são feitas por toda equipe de saúde. À avaliação da saúde bucal do idoso é feita em 51%, considerando que este serviço tem muita demanda no município e não pode satisfazer a necessidade total; mas todos os usuários são examinados para a detecção precoce de lesões bucais na consulta médica e encaminhados atendendo a suas necessidades. Os aspectos avaliados no processo de trabalho diário com este grupo alvo mostram elementos a melhorar para garantir a qualidade dos atendimentos, mas também mostra aspectos positivos no trabalho como: A UBS realiza atendimento de idosos todos os dias da semana e em todos os turnos de trabalho com a participação de toda a equipe de trabalho; após da consulta o usuário sai com a data do próximo atendimento programado, sem existir excesso de demanda na oferta de atendimentos para os problemas de saúde agudos; na UBS são desenvolvidas ações de saúde como imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas relacionados com a obesidade, alcoolismo, tabagismo, saúde mental, sedentarismo e problemas clínicos em general; o acesso dos usuários a outros níveis da atenção no sistema de saúde não é realizado atendendo a protocolos específicos, este é feito tendo em conta a situação particular de cada caso, para sua melhor resolatividade; os atendimentos são registrados no prontuário médico para cada caso e no espelho de vacinas; sempre é explicado ao idoso e

seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados os problemas de saúde de maior prevalência na terceira idade como a confusão, depressão, poli medicação, prevenção de acidentes como quedas, tratamento oportuno das infecções, entre outros riscos; existem conformados dois grupos de pessoas da terceira idade para a realização de atividades de educação, promoção as que são feitas em associações comunitárias com a participação de toda a equipe de saúde. Contamos com um registro específico da pessoa da terceira idade que precisam cuidado domiciliar, realizando semanalmente visitas para este fim e priorizando aqueles que têm mais fragilidade.

Entre os aspectos negativos na atenção ao idoso podemos citar que: Não contamos com um protocolo específico para o atendimento ao idoso como programa estabelecido, porém não pode ser utilizado pelos profissionais de saúde para o atendimento aos mesmos; não contamos com outros registros de atendimentos como fichas de atendimentos nutricionais, odontológico, formulários especiais para dar continuidade e controlar este programa; não temos arquivo específico para o registro destes atendimentos, somente usamos o prontuário individual, porém, ações como verificação de procedimentos em atraso, revisão de qualidade do atendimento, identificação de idosos com riscos, faltosos, não podem ser feitas com a qualidade requerida o que dificulta o atendimento a este grupo alvo; a avaliação da Capacidade Funcional Global do idoso, por ocasião do exame clínico, não é reflexada todas às vezes no prontuário, por não ter em conta este elemento, como instrumento de trabalho com este tipo de usuário, não contamos com o estatuto do idoso na UBS; o planejamento, coordenação, gestão das ações de saúde do idoso não é feito como programa específico, este acontece tendo em conta a doença do mesmo, o que exclui ao usuário deste programa. Porém a avaliação e monitoramento das ações são feitas de maneira isolada incluindo ao usuário dentro de sua patologia específica e não como pessoa da terceira idade.

Tendo em conta estes aspectos antes mencionados consideramos oportuno realizar as seguintes ações para melhorar o atendimento da pessoa idosa na UBS.

- Procurar o protocolo de atendimento da pessoa idosa, Estatuto da Pessoa Idosa e caderneta de saúde da pessoa idosa na Secretaria de Saúde Municipal e Estadual, para padronizar o atendimento a este grupo alvo e estabelecer estratégias de trabalho para melhorar a qualidade das ações de saúde.

- Estabelecer um sistema de registro e arquivo das ações de saúde específicas para a pessoa idosa que permita o monitoramento do programa e prioridades de atendimento.
- Padronizar a avaliação de Capacidade Funcional Global do idoso, à Avaliação Multidisciplinar Rápida da pessoa idosa como aspectos fixos em todos os atendimentos a este usuário na identificação de riscos e toma de decisões.
- Estabelecer um sistema de planejamento, coordenação, avaliação e controle de todas as ações de saúde ao idoso que permita melhoria nos atendimentos e aumentar a qualidade de vida a este usuário.
- Concluir o cadastramento da população para aumentar a cobertura assistencial em função das determinantes de saúde como a saúde bucal, acompanhamento em dia, avaliação do risco de morbimortalidade e investigação de indicadores de fragilização.
- Estudar continuamente os aspectos relacionados com as principais particularidades do atendimento da pessoa idosa para garantir uma melhor qualidade de vida aos mesmos.

No transcurso desta unidade de estudo me surpreendeu como a análise detalhada das respostas aos questionários, às leituras disponibilizadas e as determinantes do Caderno de ações programáticas (CAP), foi possível identificar deficiências no processo de trabalho que não tinham identificadas previamente, no tempo que leva em funcionamento a UBS. Além disso, isto permitiu o começo do o processo de mudança nos principais programas da ESF, melhorando os atendimentos aos usuários com hipertensão, com diabetes mellitus, pessoas da terceira idade, gestantes, lactantes, controle do câncer de mama e de colo de útero, fundamentalmente no processo de registro, arquivo das principais informações, seu monitoramento sistemático e na organização da atenção a demanda espontânea.

Também foi possível lograr a unidade entre os integrantes da equipe de saúde, em função de todos os aspectos avaliados no transcurso da unidade. Mas com o exame de todos os aspectos abordados neste relatório podemos dizer que existem grandes desafios que temos que superar para lograr a qualidade e as mudanças nos indicadores de saúde que necessita nossa comunidade, os mais importantes estão relacionados com: O estabelecimento de um sistema de registro e arquivo das informações mais importantes de cada programa de saúde que permita a coordenação, avaliação, controle e retroalimentação das ações realizadas para

sua melhoria continua; conseguir o funcionamento ao 100% de todos os grupos comunitários conformados na UBS nos diferentes programas com a participação ativa de seus membros e lograr as mudanças nos hábitos e estilos de vidas necessários para ter uma boa qualidade de vida; agrupar toda a informação protocolizada nos diferentes atendimentos aos grupos alvos e adequar as mesmas a nossa realidade, de maneira que permita construir um sistema de trabalho único que seja resolutivo e eficaz na solução de todos os problemas de saúde e cumprir com os objetivos propostos.

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

Ao comparar ambos textos, aquele primeiro na semana de ambientação sobre a situação do serviço na ESF/APS e este de agora, com o relatório final da Unidade de análise situacional e muito grande a diferença. Demostram como com a boa condução e a utilização de ferramentas adequadas, é possível construir uma cidade de ideias que podem ser realidades palpáveis. A visão que a equipe tem agora do que temos que fazer em o adiante em ralação ao processo de trabalho na UBS é muito mais clara e convincente, pois permite encontrar novos caminhos para a solução dos problemas identificados e demonstrar que as mudanças necessárias se podem alcançar. Com a realização deste relatório a percepção sobre a situação do serviço é agora muito mais ampla e detalhada, permitindo identificar focos de intervenção claves no processo de trabalho na UBS. Os questionários, leituras, casos clínicos, CAP, permitiram visar melhor os objetivos do trabalho e as mudanças que tem que ser feitas para garantir a saúde da população. A necessidade de estabelecer ações de planificação, coordenação, controle e avaliação de todos os processos realizados pode ser chave na qualidade do processo de trabalho, além disso, o uso adequado dos protocolos e a documentação disponível são vitais neste processo. Agradeço como sempre o apoio incondicional de minha orientadora Rosângela Veleda de Souza, com suas reflexões sempre oportunas e com seu bom

acerto sobre as questões do trabalho na APS/ESF visando claramente o que têm que ser feito e qual é o melhor caminho a recorrer para conseguir os objetivos propostos.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A ação programática escolhida por nossa equipe de saúde como foco de intervenção foi a atenção à pessoa com hipertensão e diabetes. Consideramos para essa escolha o fato de que a população adstrita a nossa UBS é uma população predominantemente adulta, sendo estas doenças, muito mais frequentes nesta faixa etária, como expressam os Cadernos de Atenção Básica (CAB) do MS do Brasil ao ressaltar que a HAS é um grave problema de saúde sendo sua prevalência no Brasil entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% em indivíduos com idades entre 60 e 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos. Em relação ao diabetes, a prevalência aumenta de acordo com a idade da população onde 21,6% dos brasileiros com mais de 65 anos referiram a doença, existindo um índice bem maior do que entre as pessoas na faixa etária entre 18 e 24 anos.

Na análise dos indicadores de qualidade na atenção a este grupo alvo, observamos que apesar de existir boa cobertura assistencial, a qualidade das ações desenvolvidas no início do começo de nosso trabalho na USF, não estava padronizada acorde aos protocolos de atendimento aos mesmos. Consideramos também que a DM é uma doença em aumento no Brasil como expressa o Caderno de Atenção Básica, n.36 (2013, p.20) “o aumento progressivo da prevalência de DM no Brasil de 4,6%, em 2000 e com previsão de aumento para 11,3%, em 2030”. Ambas doenças são responsáveis por muitas complicações cardiovasculares, renais, neurológicas, oftalmológicas e como expressa a literatura nos últimos anos. Segundo o Caderno de Atenção Básica, nº 37 (2013, p. 20). As doenças cérebro vasculares (DCVs) têm sido as principais causa de morte no Brasil e a mortalidade

por doença cardíaca hipertensiva cresceu 11%, fazendo aumentar para 13% o total de mortes. Considerando que ambas doenças coexistem com muita frequência no mesmo usuário, a gravidade de suas complicações, o aumento crescente de sua incidência e prevalência, e que este grupo de usuários não estava sendo atendido como estabelecem os protocolos de atenção do Ministério de saúde, decidimos começar as mudanças por este foco de intervenção.

Em quanto ao processo de trabalho relacionado com à atenção integral ao hipertenso e diabético na UBS, a cobertura assistencial para estes usuários está em 91% com 789 usuários, e para os usuários pessoas com diabetes em um 86% com 214 casos, sendo avaliada como adequada para nossa realidade. Mas existem dificuldades com a qualidade dos atendimentos a este grupo alvo como que somente o 55% dos pessoas com hipertensão acompanhados na UBS, estão avaliados com a estratificação de risco cardiovascular atendendo a Escore de Risco de Framingham (ERF), o de 74% dos usuários pessoas com hipertensão acompanhados, não tem os exames complementares periódicos em dia, pois os mesmos não são a totalidade dos padronizados e tem atraso, a atenção à saúde bucal deste grupo somente atinge o 45% das pessoas com hipertensão e 58% das pessoas com diabetes, não existe um registro e arquivo específico para o seguimento adequado dos atendimentos as pessoas com hipertensão e com diabetes, o que impede o controle das ações relativas a qualidade do serviço, e impede a realização de relatórios objetivos do andamento do processo de atenção.

Para poder atingir nossas metas de qualidade e cobertura neste foco de intervenção, é preciso que toda esteja integrado em função das mesmas, situação que com a escolha deste foco de intervenção, ser favorecida. Ainda existem bairros muito distantes com população não cadastrada, que tem pouco acesso à UBS pela longa distância existente, sendo predominantemente idosos e adultos. Com a construção da nova UBS as dificuldades estruturais vão melhorar, mas isso demora tempo, por isso as deficiências organizativas devem ser corrigidas desde agora. Também será melhorado o transporte, pois foi assinado um novo meio de transporte exclusivo para a unidade de saúde, que será usado nas as visitas domiciliares, coleta de amostras, transporte de vacinas e medicamentos, encaminhamentos entre outras atividades. Com esta intervenção pretendemos aumentar a cobertura assistencial a este grupo alvo, melhorar o sistema de registro das principais informações, alcançar o controle das cifras tensionais e dos níveis de

glicose com os outros parâmetros necessários que determinam o risco cardiovascular, evitar a presença de complicações, ampliar a adesão ao tratamento e controle da doença destes usuários, aumentar a realização de atividades de educação, promoção e prevenção de saúde de saúde. Esta intervenção determinará um novo sistema de trabalho adaptado a nossa realidade, que servirá como padrão para inserir outras propostas de trabalho com um melhor controle e qualidade nos atendimento das pessoas com hipertensão e diabetes e ao resto da população, garantindo uma melhor qualidade de vida para os mesmos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Conceição, São Sebastião do Caí, RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 62% das pessoas com hipertensão da área de abrangência em quatro meses e 100% em seis meses e meio no Programa de Atenção à pessoa com Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à pessoa com Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com pessoas com hipertensão.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Meta 2.3: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo e periodicidade recomendada.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo e periodicidade recomendada.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes ao programa.

Metas 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5: Mapear pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes de risco para doença cardiovascular.

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de pessoas com hipertensão e diabetes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos pessoas com hipertensão.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos pessoas com diabetes.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários pessoas com hipertensão.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários pessoas com diabetes.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários pessoas com hipertensão.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários pessoas com diabetes.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários pessoas com hipertensão.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários pessoas com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses na Unidade Básica de Saúde ESF Conceição no Município de São Sebastião

do Caí. Participarão da intervenção 872 pessoas com hipertensão e 249 pessoas com diabetes. O cadastro será realizado diariamente de acordo com as metas de coberturas estabelecidas para atingir ao 100% dos usuários pessoas com diabetes e pessoas com hipertensão da área de abrangência por todos os integrantes da equipe os dois turnos de trabalho. Serão utilizados o protocolo do Ministério da Saúde, disponibilizados nos Cadernos de Atenção Básica, n. 37, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica 2013 e no cadernos de Atenção Básica, n. 36, 2013, relativo as Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.

2.3.1 Detalhamento das ações

Ações de monitoramento e avaliação:

Como primeira ação específica de monitoramento das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes cadastrados, orientaremos a equipe, que para conseguir atingir as metas de cobertura dos pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes planejamos cadastrar diariamente oito pessoas com hipertensão (quatro em cada turno de trabalho) e quatro pessoas com diabetes (dois em cada turno de trabalho) por dia, durante os quatro primeiros meses do projeto.

Semanalmente, na reunião de equipe, informaremos sobre o número de pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes cadastrados na semana, sua microrregião e agente comunitário de saúde a que pertence. Para garantir a realização do exame clínico as pessoas com diabetes e pessoas com hipertensão primeiramente será feito uma correta aferição das mensurações como peso, circunferência abdominal, altura, índice de massa corporal a 100% das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes nas consultas das enfermeiras e médicas. Além disso, será realizado um correto e completo exame físico a 100% dos usuários atendidos e registrá-los corretamente no prontuário individual em cada caso, como esta padronizado nos protocolos de atendimento a pessoa com diabetes e hipertensão.

Para monitorar o número de usuários com diabetes e pessoas com hipertensão com exames laboratoriais realizados e sua periodicidade serão indicados de acordo com os protocolos de atendimento ao diabético e hipertenso, fazendo relatórios semanais do comportamento desta ação enfatizando os casos de atraso e com exames pendentes de resultados.

Para monitorar o acesso aos medicamentos, será feito semanalmente um relatório sobre o fluxo dos principais medicamentos usados por este grupo de usuários, seu nível de entrada e saída na farmácia da UBS, mantendo uma comunicação diária com as farmácias populares para garantir que o usuário não fique sem seu tratamento contínuo.

Para monitorar a necessidade de atendimento odontológico com os dados obtidos por meio do exame físico individual de cada caso (exame Bucal) e seu registro, será realizado um relatório semanal sobre o número de casos com necessidade e atendimento odontológico. Em posse deste relatório, será informada a equipe e serviço odontológico municipal para que o mesmo execute as ações concretas neste sentido, pois tendo em conta que o serviço odontológico está fora da UBS a marcação das consultas dos usuários com problemas de saúde bucal será feita mensalmente para garantir seu atendimento.

Para avaliar a correta periodicidade das consultas a estes usuários será feito um relatório com os dados obtidos dos registros sobre o cumprimento da periodicidade das consultas e os indivíduos faltosos, para manter sua sistematicidade como estabelecem os protocolos de atenção ao diabético e /ou hipertenso.

A qualidade e funcionalidade dos registros criados serão avaliadas diariamente com a capacidade de resposta e resolutividade das ações propostas na intervenção, atendendo a clareza dos dados fornecidos e seu preenchimento diário pela equipe responsável. Ação que deve ser avaliada semanalmente. A estratificação de risco, atendendo a escore de Framingham, é uma das principais ações a desenvolver e registrar e por isso será monitorada semanalmente na reunião de equipe, atendendo aos resultados individualizados em cada caso. Para monitorar as orientações sobre hábitos nutricionais saudáveis estas serão realizadas em todos os controles como consulta, visita domiciliar, atividades de grupo, as mesmas são registradas no prontuário individual de cada usuário e serão sinalizadas na planilha espelho e de coleta de dados diariamente e de maneira individualizada.

Para monitorar a realização da orientação para atividade física regular coordenaremos com educadores físicos e em conjunto com os gestores municipais de saúde para planejar e realizar atividades físicas com as pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes na comunidade, este monitoramento será feito levando em conta o número e qualidade das atividades de saúde física desenvolvidas semanalmente com os grupos e de maneira individual em cada caso.

O monitoramento das ações sobre as orientações relativas aos riscos do tabagismo nos pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes deve ser realizada em todos os controles sejam feitos em consulta, visita domiciliar as atividades de grupo as quais serão sinalizadas no prontuário individual, planilha espelho e de coleta de dados, diariamente e de maneira individualizada. As atividades de orientação sobre higiene bucal às pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes deve ser realizada em todos os controles sejam feitos em consulta, visita domiciliar às atividades de grupo, as quais serão sinalizadas no registro diariamente e de maneira individualizada.

Ações de organização e gestão do serviço:

Para garantir o registro dos usuários, acolhimento e equipamento necessário definiremos o membro da equipe encarregado de levar o registro diário dos pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes. Ampliaremos os atendimentos para todos os dias da semana em ambos turnos de trabalho, garantindo que todo usuário hipertenso e diabético seja acolhido no mesmo dia. Solicitaremos à Secretaria Municipal de Saúde o fornecimento sistemático dos materiais e recursos necessários para garantir uma boa qualidade dos controles e ações de saúde, exigindo calibragem e manutenção das balanças, esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, computadores, impressoras, fitas de glicoteste, calibragem e manutenção dos glicômetros, entre outros recursos materiais.

Para organizar o processo de trabalho em função das atribuições dos membros da equipe e sua capacitação primeiramente na reunião da equipe definiremos, explicaremos e forneceremos as responsabilidades individuais de cada membro da equipe em função da atenção integral ao usuário diabético e hipertenso como está descrito na literatura. Estas funções e responsabilidades serão impressas e fornecidas a cada membro tendo em conta suas funções. Estabeleceremos um

plano de capacitação tendo em conta as principais ações de saúde desenvolvidas com estes grupos alvos, como refere a literatura e os protocolos, priorizando os agentes comunitários de saúde.

Os protocolos de atuação definidos para o usuário hipertenso e diabético como material de consulta e trabalho diário serão impressos e ficarão disponíveis na unidade para consulta da equipe. Para garantir a solicitação e realização em tempo dos exames laboratoriais, a equipe manterá um controle dos resultados alterados dos exames complementares, os resultados atrasados e os pendentes de indicação, exigindo a secretaria municipal pela agilidade na entrega nos casos com atraso superior a um mês. Tudo isso será feito atendendo o padronizado pelos protocolos de atendimentos. Neste sentido para manter um adequado registro das necessidades de medicamentos para estes usuários, nas planilhas espelhos serão sinalizados os nomes dos principais medicamentos utilizados por cada indivíduo, realizando um relatório semanal dos medicamentos em falta e o número de usuários afetados.

Com o objetivo de organizar as ações e agenda de saúde bucal no atendimento as pessoas com diabetes e pessoas com hipertensão estabeleceremos um controle dos usuários com mais necessidades de atendimento odontológico para garantir, em conjunto com a equipe de trabalho odontológico municipal, os dias de consultas e o número de usuários à atender, priorizando os casos com necessidade prioritária de atendimento. Em relação aos indivíduos faltosos, os agentes comunitários serão os principais responsáveis de realizar a visita domiciliar a todo usuário hipertenso ou diabético que não compareceu a consulta ou usar outros meios como telefonemas, para garantir seu atendimento, a agenda sempre estará aberta diariamente nos dois turnos de trabalho, para acolher as pessoas com hipertensão e/ou diabetes provenientes do resultado da busca ativa nas visitas domiciliares. Para organizar o monitoramento correto dos registros de dados e o preenchimento dos instrumentos disponibilizados serão designados responsáveis para cada ação e as mesmas serão também avaliadas semanalmente.

O registro será preenchido e alimentado, diariamente manualmente ou com o uso do sistema digital para cada caso. Os responsáveis de cada ação responderão semanalmente ante a equipe sobre o cumprimento das mesmas. As ações para priorizar o atendimento dos usuários de alto risco estarão focadas, em oferecer atendimento prioritário aos casos classificados como alto risco cardiovascular e a

agenda de atendimento será modificada neste sentido. Para garantir praticas coletivas de alimentação saudável a nutricionista do município desenvolverá atividades grupais com os pessoas com diabetes e pessoas com hipertensão da UBS, ação que será planejada em conjunto com os gestores municipais, para aproveitar a cobertura das atividades dos grupos de usuários com hipertensão e diabetes conformados e desenvolver as mesmas.

Nas atividades serão feitos relatórios enfatizando sobre sua relevância, impacto e nível de motivação sobre o grupo alvo. Para garantir a pratica de atividade física regular coordenaremos com educadores físicos para desenvolverem atividades com este grupo alvo. Estas ações serão planejadas em conjunto com os gestores municipais. Realizando relatórios sobre o impacto de cada atividade realizada. Para garantir a existência de medicamentos no tratamento para o abandono do tabagismo, será realizado um pedido dos principais medicamentos usados neste sentido, especificando o número de usuários que precisa seu uso quinzenalmente.

Com a finalidade de garantir orientações em nível individual sobre a higiene bucal em cada consulta será dedicado um tempo para após da avaliação bucal do usuário, oferecer informação e dicas sobre as medidas de higiene bucal que deve desenvolver para manter sua saúde bucal e evitar afeções como o câncer bucal e problemas alimentares por esta causa.

Ações de engajamento público:

Com o objetivo de informar e orientar a comunidade serão colocados murais informativos na UBS e lugares públicos sobre a existência do programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, sobre os principais fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão arterial e diabetes mellitus, sobre a importância do controle das cifras de pressão arterial após os 18 anos no mínimo duas vezes ao ano, da medição da glicose em adultos pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes com fatores de risco, sobre os principais órgãos alvos de ambas doenças e os cuidados específicos para cada uma, enfatizando a detecção precoce de complicações circulatórias, neurológicas, oftalmológicas e renais. Serão oferecidas nestas orientações e informações diariamente a todos os usuários que comparecem

a UBS, nas visitas domiciliares feitas pela equipe e ACS e nas atividades dos grupos de usuários.

Para orientar a comunidade em função da importância da realização dos exames complementares e sua periodicidade, ofereceremos estas orientações na consulta, visitas domiciliares, sala de espera, acolhimento, grupos de pessoas com hipertensão e diabetes mellitus, e outros espaços comunitários com a realização de palestras, a confecção de murais e outros meios informativos impressos. Para garantir uma correta orientação dos usuários sobre o uso das medicações e o acesso as mesmas serão colocados nos principais murais da unidade os direitos dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular e as diferentes alternativas disponíveis para obter os mesmos, além disso, também cada usuário será orientado verbalmente em todos os cenários, sobre estes direitos.

Para orientar a comunidade sobre a importância do exame e tratamento das afecções bucais nos pessoas com diabetes e pessoas com hipertensão a cada 15 dias o especialista em odontologia realizará uma palestra nas atividades do grupo de usuários sobre o tema. Também com o uso de outros meios impressos divulgaremos os principais cuidados relacionados com a saúde bucal, a prevenção e detecção precoce de lesões suspeitas de malignidade e a realização periódica do autoexame bucal neste grupo alvo. Com o objetivo de enfatizar sobre a importância da periodicidade das consultas com este grupo alvo, a comunidade e usuários serão informados nos diferentes espaços de interação como atividade com os grupos de pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus na sala de espera, nas consultas e visitas domiciliares, sobre a importância de comparecer a consulta agendada, esta informação será fornecida informada verbalmente ou com o uso de outros meios, enfatizando sobre as estratégias adotadas pela equipe para a recuperação das consultas e manter a periodicidade preconizada para a realização das mesmas.

A comunidade e usuários, terão acesso a informação detalhada sobre o sistema de registro implementado, sua importância, e seu direitos, com a possibilidade de ter acesso a segunda via em caso necessário, ação que contribuirá de maneira importante a adesão do mesmo. As orientações sobre a importância do conhecimento do nível de risco de cada usuário e comunidade, sobre os fatores de risco modificáveis e seu controle como a obesidade, sedentarismo, tabagismo, alcoolismo, dieta com excesso de calorias, gorduras, pratica de exercícios físicos,

entre outros fatores de risco, será feita rotineiramente em cada consulta, atividade do grupo, conversa na sala de espera, de curativos, vacina, na visita domiciliar, em todos os espaços comunitários disponíveis para garantir a adesão do usuário, comunidade e sua responsabilidade individual no processo saúde-doença.

As orientações sobre a importância da alimentação saudável será feita em todos os espaços de ação da equipe e de maneira habitual na UBS, com o uso de mídias, impressos e audiovisuais na medida das possibilidades. Para orientar aos usuários e comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular divulgaremos por meio de murais, verbalmente ou de maneira escrita os benefícios da prática sistemática de exercícios físicos para as pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes e suas famílias enfatizando as vantagens para a saúde. Ação que deve ser feita em todo contato com o usuário.

Para orientar a comunidade e usuários sobre existência de tratamento para abandonar o tabagismo divulgaremos por meio dos murais e de maneira direta verbalmente a existência dos métodos para o abandono do tabagismo por toda a equipe de saúde, nas atividades grupais, na consulta, na visita domiciliar e outros espaços da comunidade. Para orientar as pessoas com hipertensão, pessoas com diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal, estabeleceremos mecanismos de divulgação sobre os benefícios e importância do cuidado da higiene bucal enfatizando as vantagens para a saúde. Ação que deve ser feita em todo contato com o usuário.

Ações de qualificação da prática clínica:

Para capacitar aos membros da equipe em relação ao cadastramento e verificação da pressão arterial com os elementos técnicos e critérios diagnósticos será feita semanalmente um treinamento nas reuniões da equipe, pelo pessoal capacitado, técnico de enfermagem, enfermeira e médico. Também teremos em conta elementos práticos no atendimento ao diabético e hipertenso como: mensurações corretas, técnica de medição da pressão arterial correta, uso do glicômetro e sua interpretação, técnica de aplicação da insulina, palpação de pulsos periféricos e sua interpretação. Interpretação de alguns exames complementares entre outros aspectos.

Para garantir o cumprimento do protocolo na realização dos exames complementares a este grupo alvo, semanalmente cada membro da equipe estudará e desenvolverá um tema dos protocolos específicos para o atendimento ao diabético e hipertenso e neste caso enfatizarão sobre a interpretação dos exames complementares, sua periodicidade atendendo o risco de cada usuário e o protocolo adotado na UBS tendo em consideração as necessidades e possibilidades atuais.

Semanalmente como já foi descrito anteriormente, para manter a equipe atualizada sobre as alternativas de tratamento e o acesso aos medicamentos aproveitaremos o espaço da reunião semanal para atualizar um tema específico no tratamento da diabetes e a hipertensão arterial. Desta maneira, será feita uma capacitação sobre as principais alternativas de tratamento e acesso às medicações, com o apoio do pessoal da farmácia popular e os membros da equipe capacitados.

Para capacitar a equipe na avaliação da necessidade de atendimento odontológico neste grupo de usuários convocará ao odontólogo a participar na reunião da equipe para orientar sobre os métodos corretos de identificação e avaliação de alterações bucais e determinar as principais necessidades de atendimento odontológico das pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.

Em todas as reuniões da equipe os ACS serão orientados sobre a periodicidade de consultas estabelecidas para os pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes e sua importância, com principal objetivo oferecer esta informação a este grupo populacional. Além disso, esta informação também será fornecida por todos os membros da equipe. Toda a equipe será informada sobre o sistema de registro paralelo criado para o controle das principais ações de saúde desenvolvidas capacitando ao mesmo para seu preenchimento e arquivo estabelecidos. Ação que será desenvolvida diariamente, na rotina do trabalho. As capacitações propostas para a avaliação de risco dos usuários serão feitas diariamente a toda a equipe com o trabalho diário e especialmente no espaço da reunião semanal, pois a correta mensuração, interpretação dos exames complementares, aplicação da escala e as ações de saúde a desenvolver dependendo do risco irão determinar a qualidade da atenção e a melhoria do usuário diabético e hipertenso.

A equipe será orientada pela nutricionista municipal sobre a importância da alimentação saudável e as dietas mais fáceis a realizar, mensalmente na UBS. Coordenaremos com educadores, um espaço para a orientação e capacitação sobre

práticas educativas que sejam factível empelar com a população alvo para conseguir os objetivos propostos. Na capacitação da equipe sobre promoção da prática de atividade física regular, será convocado em conjunto com o gestor municipal um professor de esportes ou educação física e educador para oferecer esta informação enfatizando os tipos de exercícios físicos a realizar com estes usuários e suas vantagens com o uso de das técnicas educativas mais efetivas.

Com o objetivo de capacitar a equipe no tratamento dos usuários tabagistas, mensalmente os especialistas do CAPS avaliaram os pessoas com diabetes e pessoas com hipertensão com necessidade e desejos de abandonar o tabagismo. Aproveitando a cobertura do momento para capacitar a equipe e desenvolver atividades grupais na UBS com os tabagistas do grupo alvo. Em relação a capacitação da equipe sobre as orientações para manter uma boa higiene bucal no grupo alvo será definido um dia mensal, para que o odontólogo capacite a equipe sobre as principais ações de prevenção de problemas bucais nos pessoas com diabetes e pessoas com hipertensão e sua importância clínica.

2.3.2 Indicadores

Relativo ao objetivo 1: Cobertura do programa de atenção a pessoas com hipertensão na unidade de saúde.

Meta 1.1: Cadastrar 62% das pessoas com hipertensão da área de abrangência em quatro meses e 100% em seis meses e meio no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à pessoa com hipertensão na unidade de saúde.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão 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 pessoas com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 100% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção a pessoa com diabetes na unidade de saúde.

Numerador: Número de pessoas com diabetes 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 pessoas com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a pessoa com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1: Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2: Proporção de pessoas com diabetes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo

Numerador: Número de pessoas com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.3: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo e periodicidade recomendada.

Indicador 2.3: Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com hipertensão com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo e periodicidade recomendada.

Indicador 2.4: Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de pessoas com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 2.5: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos.

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

Indicador: 2.6 Proporção de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular..

Denominador: Número de pessoas com diabetes com prescrição de medicamentos

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos pessoas com hipertensão.

Indicador 2.7: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos pessoas com diabetes.

Indicador 2.8: Proporção de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de pessoas com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Relativo ao objetivo 3: Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

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

Indicador 3.1: Proporção de pessoas com hipertensão faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

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

Indicador 3.2: Proporção de pessoas com diabetes faltosos às consultas médicas com busca ativa

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Indicador referente objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos pessoas com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 5: Mapear as pessoas com hipertensão e com diabetes de risco para doença cardiovascular

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de pessoas com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: 5.2: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Relativo ao objetivo 6: Promover a saúde das pessoas com hipertensão e diabetes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos pessoas com diabetes.

Indicador 6.2: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes pessoas com diabetes que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários pessoas com hipertensão

Indicador 6.3: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários pessoas com diabetes.

Indicador 6.4: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física

Numerador: Número de pacientes pessoas com diabetes que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários pessoas com hipertensão.

Indicador 6.5: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários pessoas com diabetes.

Indicador 6.6: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes pessoas com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes pessoas com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal

Denominador: Número de pessoas com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários pessoas com diabetes.

Indicador 6.8: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes pessoas com diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético, em nossa unidade básica de saúde, adotaremos os Cadernos de Atenção Básica, número 36 e 37 do Departamento de Atenção Básica de Ministério da Saúde do Brasil ano 2013 relativo às estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica, em nosso caso a Diabetes Mellitus (DM) e a HAS. Precisaremos ter oito protocolos impressos para a realização da intervenção, para o qual serão utilizadas as impressoras da UBS e três milhares de folhas brancas de papel, que serão solicitadas pelo administrativo por documento escrito antes de começar a intervenção sendo o responsável o administrativo da unidade.

Para o registro e controle das principais ações de saúde, utilizaremos as planilhas espelho e de coleta de dados, por isso será solicitado por escrito a secretaria de saúde municipal um milhar de folhas brancas, 25 canetas e utilizaremos as impressoras da UBS sendo o administrativo da UBS o responsável desta ação. Além disso, a planilha de coleta de dados fornecida pelo curso, será corretamente preenchida pelo médico e enfermeira diariamente com o uso dos computadores da UBS. Além da planilha de espelho todas estas informações serão obtidas do prontuário individual do usuário hipertenso e diabético. Para cumprir nossos objetivos e metas de cobertura serão acolhidos os usuários do grupo alvo diariamente pela equipe para isso usaremos o sistema de prontuário eletrônico (E-SUS) garantindo que o equipamento eletrônico da UBS, como computadores, impressoras, acesso à internet e folhas brancas estejam em ótimo estado,

solicitando a secretaria de saúde que garanta seu correto funcionamento, sendo responsável o administrativo da unidade.

Para garantir o monitoramento das ações será realizado pelo médico e enfermeira um relatório semanal das mesmas com o uso de 10 folhas brancas, uma caneta semanal e um caderno para as anotações diárias, o computador e a impressora da UBS serão utilizados para a impressão deste informe. O responsável desta ação será o médico. O monitoramento vai acontecer em todos os cenários de trabalho sendo desenvolvido por todos os membros da equipe e avaliado semanalmente na reunião da equipe analisando os dados das planilhas de coleta de dados. A busca ativa dos usuários faltosos a consultas será realizada pelos ACS, sendo providenciado diariamente seus nomes pela secretaria da unidade por via telefônica ou pessoalmente; a busca dos mesmos será feita a traves da visita domiciliar ou por via telefônica, garantindo a transportaçã das pessoas mais distantes da unidade pôr o veículo designado a mesma, a responsável será a enfermeira da UBS. Em relação a organização dos atendimentos serão disponibilizadas duas vagas de consultas diárias pela secretaria, uma para cada turno de trabalho, para garantir o atendimento dos usuários de alto risco, com atraso em consultas sendo está a responsável. Para apoiar esta ação e a qualidade dos controles o tempo mínimo das consultas médicas e de enfermagem será de 15 minutos permitindo que cinco ou dez minutos sejam para oferecer orientações específicas a cada usuário, os responsáveis destas ações serão o médico e a enfermeira.

As atividades do grupo de usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus serão realizadas nas salas de aulas das escolas da comunidade, até, que a nova UBS este pronta, será necessário garantir 25 cadeiras por aulas, sendo solicitada pessoalmente a direção destas escolas pelo administrativo, além disso, demandaremos ao gestor Municipal a presença de nutricionista e educador físico além de materiais específicos como 750 folhas impressas, com as orientações nutricionais e exercícios para os usuários do grupo alvo para estas atividades, sendo responsável a enfermeira da UBS. Relativo a saúde bucal será informado semanalmente os usuários com necessidades de atendimento odontológico coordenado com o serviço odontológico municipal um dia na semana para o atendimento dos mesmos, a responsável do agendamento será a secretaria da UBS. Para garantir a solicitação dos exames complementares a cada usuários serão

utilizaremos a impressora, computadores e recurso material como folhas brancas exigindo ao administrativo que não faltem na UBS.

Os exames pendentes de resultado serão solicitados telefonicamente a secretaria pela secretaria da unidade diariamente sendo a secretaria e o técnico de enfermagem os responsáveis. Para a informação e orientação da comunidade os agentes comunitários divulgarão em cada uma de suas microrregiões o desenvolvimento das ações de saúde diariamente, com o uso de folhas brancas impressas e verbalmente, a recepcionista fará a mesma atividade na sala de espera e a equipe fará contato com a associação de moradores e representantes comunitários semanalmente nas salas de aulas das escolas de cada microrregião.

Também estas orientações serão oferecidas em cada atividade com o grupo de usuários, precisaremos de material impresso como cartazes, folhas de papel em número de 700 exemplares, que serão confeccionados por a técnica de enfermagem e ACS, utilizaremos, um computador, um equipamento de vídeo e sons, que será solicitado a secretaria municipal de saúde e gestores locais. Os responsáveis serão os ACS e o técnico de enfermagem. Para desenvolver as atividades de capacitação será necessário contar com oito protocolos de atendimentos ao diabético e hipertenso impressos, 10 fitas de testes rápido de glicose, um glicômetro, um estetoscópio e um esfigmomanômetro em bom estado, um milhares de folhas brancas duas impressoras e dois computadores em funcionamento e 10 canetas, um televisor, e um reproduzidor de vídeos, sendo todo este material solicitado pelo administrativo da unidade por meio de um documento escrito, a secretaria municipal de saúde mensalmente. Todo este equipamento antes descrito se encontra disponível na unidade para ser utilizado em função da logística necessária.

A capacitação será feita pela enfermeira, médico e técnico de enfermagem da UBS sendo com uma periodicidade semanal primeira hora da reunião da equipe. O administrativo da UBS e a enfermeira com uma periodicidade quinzenal, por via telefônica e com o uso de documento formal solicitarão pessoalmente ao gestor municipal os recursos materiais, humanos e de gestão específicos para cada momento da intervenção O responsável será o administrador da unidade.

2.3.4 Cronograma

Atividades	Semanas															
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais sobre o protocolo de Atenção ao usuário com Hipertensão arterial e Diabetes mellitus	■				■				■				■			
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	■							■								
Cadastramento e atendimento de todos as pessoas com hipertensão e diabetes	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância do projeto	■				■				■				■			
Educação em Saúde		■				■				■				■		
Outras atividades coletivas				■				■				■				■
Busca ativa das pessoas com hipertensão e diabétes faltosas às consultas.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Monitoramento da intervenção.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboração do relatório da intervenção.				■				■				■				■

A apresentação dos resultados para equipe, gestores e comunidade acontecerá nas respectivas datas: 10, 12 e 14 de agosto de 2015.

3 Relatório da Intervenção

Durante estas 12 semanas de trabalho em função da incorporação e realização das ações relativas a nossa intervenção, a equipe de saúde tem desenvolvido as ações planejadas no projeto considerando o cronograma estabelecido para o desenvolvimento das mesmas e em função dos objetivos gerais e específicos propostos. É importante sinalizar que este projeto inicialmente foi concebido para ser aplicado e desenvolvido em 16 semanas, mas devido a uma modificação posterior realizada pela coordenação pedagógica da universidade, ao existir atraso no curso este tempo foi diminuído para 12 semanas.

Desde o início da intervenção, no período analisado, de março a junho de 2015, foram avaliados **399** usuários do grupo alvo, deles **137** usuários com diabetes Mellitus e **394** usuários com hipertensão. Desta maneira, durante este tempo, foi possível atingir a **66,4%** das pessoas com hipertensão e **93,8%** do total de pessoas com diabetes mellitus moradoras na área de abrangência da UBS. Os indicadores e ações de qualidade como, divulgação do projeto, cadastro e acolhimento, realização do exame físico completo, indicação e realização dos exames complementares de acordo com o padronizado, a prescrição e uso das medicações da farmácia popular, vacinação em dia, avaliação odontológica, estratificação do risco cardiovascular, orientações aos usuários, relativas aos fatores de risco modificáveis, capacitação dos profissionais, trabalho com os grupos de usuários e registro e controle adequados das ações, foram cumpridas em 100% dos casos.. Pois o trabalho em equipe, permitiu estabelecer um bom ritmo de atendimento de maneira que, puderam ser avaliadas uma média de 10 usuários com hipertensão arterial por dia e de três a quatro usuários com diabetes Mellitus diários, ritmo que se fosse mantido, possibilitaria atingir as metas de cobertura, nos meses sucessivos.

Realizando uma análise do desenvolvimento da intervenção durante este

período e avaliando ao mesmo tempo, os quatro eixos temáticos seguimos o roteiro proposto:

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

As ações desenvolvidas no projeto estiveram presentes nos quatro eixos temáticos fundamentais como: organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica e monitoramento e avaliação da intervenção. Estas ações foram desenvolvidas de maneira dinâmica, integradas e no tempo previsto para o cumprimento dos objetivos propostos, tais como: a ampliação da cobertura assistencial do grupo alvo, que foi possível ao aumento dos atendimentos para todos os dias nos dois turnos de trabalho; a realização de ações de qualidade como: cadastro, acolhimento, exame físico integral, avaliação do risco cardiovascular, indicação e realização de exames complementares em dia, uso das medicações da farmácia popular, vacinação atualizada, orientações específicas, trabalho com os grupos de usuários, capacitação da equipe, visitas domiciliares registro e controle das ações, com o uso da planilha de coleta de dados e ficha espelho, todas foram favorecidas pela utilização dos protocolos de atendimento, o apoio logístico dos gestores municipais, o monitoramento semanal do cumprimento das ações, e a disciplina dos membros da equipe em função de cumprir as mesmas.

Com a utilização do cronograma foi possível planejar, organizar e realizar as atividades propostas como: a capacitação dos integrantes da equipe que aconteceu sistematicamente, durante a reunião da equipe, e demais espaços de trabalho permitindo que foram estabelecidas as funções de cada integrante na intervenção com mais clareza. A busca ativa dos usuários faltosos foi possível, ao trabalho dos ACS na procura ativa dos mesmos, nas visitas domiciliares e ao trabalho com a ficha espelho, mas foi uma ação que quase não foi necessária aplicar, pois todos os usuários que foram atendidos compareceram a consulta na data prevista. Lograr manter a vacinação atualizada e as medicações da farmácia popular na totalidade dos usuários, e demais ações de qualidade da atenção, foi favorecido pelo trabalho

coordenado entre os administrativos da unidade e gestores municipais e como elemento positivo, a boa adesão da equipe e comunidade ao projeto, permitiu lograr um adequado engajamento dos usuários no cumprimento das mesmas.

De maneira geral para atingir o 100 % das ações de qualidade não apresentamos dificuldades objetivas nem subjetivas, considerando como facilidades o nível de comprometimento dos membros da equipe com o projeto, o bom engajamento da população da área adstrita e o apoio do gestor municipal.

O monitoramento e avaliação da intervenção foi sempre uma oportunidade para aperfeiçoar o trabalho fato que aconteceu e continuará acontecendo diariamente como estava previsto, conseguindo analisar e avaliar elementos, tais como: as metas de cobertura, os aspectos logísticos necessários para a continuidade das ações, como, computadores, impressoras, papel, fitas para medição da glicose, esfismomanometro, balança, medicamentos, vacinas, transporte, fluxo dos exames complementares entre outros. Aspectos que foram facilitado pelo apoio sistemático e incondicional dos gestores municipais.

Mensalmente, como foi previsto, foi realizado um relatório parcial de cada etapa, nas reuniões da equipe, onde tivemos em conta os indicadores de qualidade, cumprimento do cronograma, usuários com risco elevados, necessidades para a realização das ações, preenchimento e utilidade das fichas espelhos, planilha de coleta de dados, atividades de orientação entre outros aspectos de interesse. O diário da intervenção serviu como importante instrumento de avaliação, monitoramento e motivação para o desenvolvimento da intervenção. Todas estas ações estiveram facilitadas por ter realizado o registro constante e sistemático dos dados nas planilhas de coleta de dados e fichas espelhos, pois estes instrumentos ficaram disponíveis para que toda a equipe trabalhasse com eles. Estas atividades também foram cumpridas integralmente.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

As atividades com o grupo de usuários entre outras atividades coletivas durante o primeiro mês da intervenção estiveram afetadas porque a técnica de enfermagem e dois ACS, se encontravam de férias.

Essa situação produziu um acúmulo excessivo de trabalho com os demais programas a cumprir e unido ao atraso das férias do médico, o número de usuários agendados aumentou produzindo um aumento da demanda assistencial. Devido a tal situação a equipe determinou priorizar o atendimento clínico. Posteriormente estas atividades foram realizadas sem nenhuma dificuldade.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Neste aspecto a equipe não teve dificuldades pois, as fichas espelhos foram e continuaram sendo preenchidas diariamente por todos os integrantes da equipe em cada um dos diferentes espaços de interação com os usuários. Da mesma forma, a planilha de coleta de dados também foi e continuará sendo preenchida diariamente até ser atingidas as metas de cobertura planejadas. Este instrumento já foi incorporado a rotina de trabalho da unidade para continuar realizando as ações de assistência médica e de enfermeira a estas pessoas e ao mesmo tempo permitir o controle e monitoramento sistemático dos atendimentos.

O funcionamento da planilha de coleta de dados não teve dificuldades, registrando os dados e o gráfico de acordo com os resultados obtidos. Ressaltamos a importância que teve para a intervenção a elaboração do diário para o relato do trabalho, com o registro das principais ações desenvolvidas cada semana de maneira cronológica assim como a tomada de fotos que ilustraram este trabalho.

Cada pessoa assinou o termo de responsabilidade e consentimento informado, prévio a realização das fotos, sem dificuldade e com entusiasmo, tendo todas as atividades realizadas, em seu conjunto, uma boa aceitação pelos usuários e comunidade. Estes documentos estão bem arquivados na unidade, para evitar um uso indevido dos mesmos. Esta atividade foi facilitada pelo trabalho em conjunto da equipe e pela importância que demonstraram ter estes instrumentos no trabalho desenvolvido.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Neste último elemento, todas as ações desenvolvidas, pela equipe, tendo em consideração o cronograma e os quatro eixos temáticos descritos nas planilhas OMIA, desde o começo formaram parte indissolúvel do serviço. Desta forma, as ações de cadastramento e acolhimento, realização do hemoglicoteste, medição das cifras de pressão arterial, exame bucal e encaminhamento para o atendimento odontológico, busca ativa de usuários faltosos, visitas domiciliares, atividades de registro e controle dos dados obtidos, ações de capacitação dos membros da equipe, avaliação de risco dos usuários, a realização do exame físico completo, priorização de usuários com riscos maiores e as atividades de orientação sobre os diversos fatores de risco, formam parte do trabalho diário da UBS, sem interferir nos demais programas e atividades a serem desenvolvidas.

Tanto a equipe como os usuários e comunidade, durante este tempo, foram muito receptivos com as ações do projeto, sendo estas atividades incorporadas no sistema de trabalho integrando a rotina do nosso serviço.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde dos adultos portadores de HAS e DM na USF Conceição, São Sebastião do Caí - RS. A mesma teve uma duração de 12 semanas atingindo as pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus cadastradas na USF. A seguir serão apresentados os resultados após o tempo de execução do projeto.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura das pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus.

Meta 1.1: Cadastrar **62%** das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à pessoa com Hipertensão Arterial e/ou à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção à pessoa com hipertensão na unidade de saúde.

Como mostra o gráfico de cobertura na atenção à pessoa com hipertensão (Figura 8) em nossa unidade de saúde, durante as 12 semanas, o número de usuários com hipertensão atendidos foi aumentando gradualmente em cada mês até atingir um total de **394** usuários hipertensos ao final deste tempo representando **66,4%** do total de usuários cadastrados que pertencem a nossa área de abrangência. Desta maneira durante o primeiro mês foram atendidos **188** pessoas com hipertensão, o que representa o **31,7%**, durante o segundo mês foi completada a cifra de **291** usuários com hipertensão, para atingir o **49,1%** e durante o terceiro mês, foi atingida a cifra total mencionada anteriormente.

Esta cifra supera a cifra proposta ao início da intervenção, de um 62 % para

os primeiros quatro meses de trabalho, mas com este resultado, podemos chegar a 100% dos casos neste tempo, tendo em conta que esta análise foi realizada considerando três meses de intervenção. Este ritmo de trabalho permitiu avaliar aproximadamente oito usuários com hipertensão diariamente e 32 casos semanalmente.

Esta análise permite prognosticar que para o quarto mês de trabalho a este ritmo, poderíamos atingir 88% do total de casos cadastrados e aos seis meses atingir aos 100% desta população.

Desde o ponto de vista qualitativo se pode apreciar que o incremento de usuários com hipertensão depois de iniciada a mesma foi de 100 a 103 casos mensais o que representa um 26% de incremento de casos novos atendidos cada mês. As ações foram facilitadas pela constante busca de casos novos realizada pela equipe, principalmente pelos ACS, em a suas visitas domiciliares e atividades de cadastramento sistemáticas, unido as ações de engajamento público e contato com lideranças da comunidade realizadas em função deste objetivo. Um exemplo foi:

Maria Dolores¹: 92 anos de idade, hipertensa, impossibilitada de caminhar por a artrose severa, que nunca foi visitada para consulta médica em ocasião de uma visita domiciliar realizada, que se sentiu muito contente com o atendimento da equipe e permitiu realizar várias fotos, por ter sido um pedido da doutora.

Em relação aos casos que não foram avaliados neste período se encontram muitos usuários que realizam atendimento por meio de planos de saúde na rede privada e que muitos estão morando em microrregiões muito distantes á UBS, motivos pelos quais não comparecem a consulta. Mas, no entanto, foi demonstrado durante as ações da campanha de vacinação antigripal que é possível aumentar o número destes casos a nossos atendimentos e atividades deste tipo podem ser úteis para atingir estas metas. Também a ampliação do horário de atendimento para todos os dias da semana e em todos os turnos de trabalho assim como as visitas domiciliares permitiu aumentar o número de casos cadastrados de atendimentos, atividades que toda a equipe realizou de maneira unida e coordenada.¹

¹ Nome fictício, situação real



Figura 7. Visita Domiciliar ao grupo alvo.

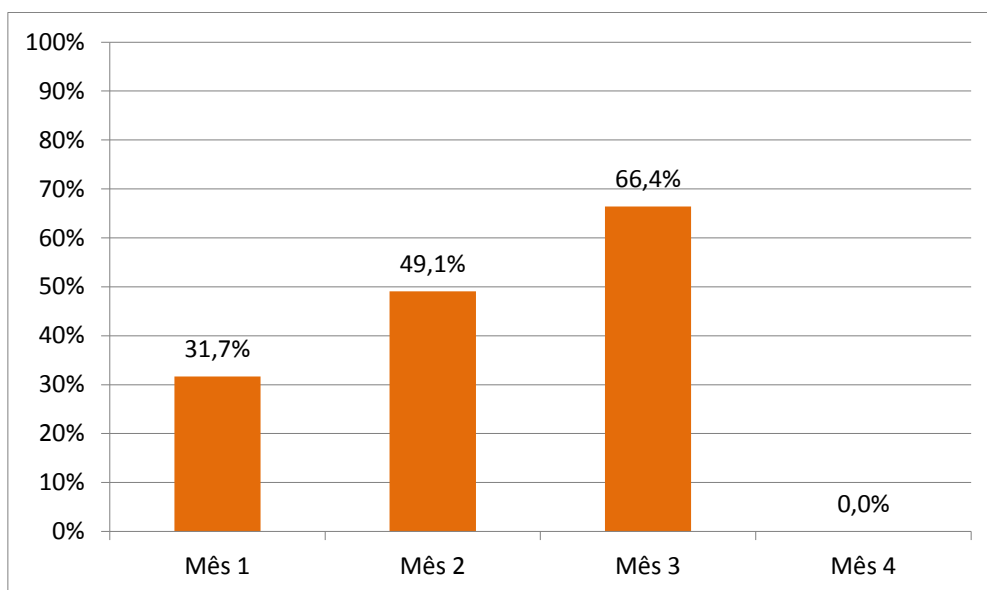


Figura 8: Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção a pessoa com hipertensão da USF Conceição, São Sebastião do Caí, RS.

Meta 1.2: Cadastrar **100%** das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à da pessoa com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção á pessoa com diabétes mellitus na unidade de saúde.

Como mostra o gráfico de cobertura na atenção à pessoa com diabetes

(Figura 9) em nossa unidade de saúde, durante estas 12 semanas de intervenção, o número de usuários com diabetes atendidos, também apresentou um aumento gradual mensalmente, conseguindo atingir um total de **146** usuários com diabetes ao final deste tempo o que representa o **93,8%** do total de usuários com diabetes mellitus cadastrados que pertencem a nossa área de abrangência. Durante o primeiro mês da intervenção foram atendidas 71 usuários com diabetes, para chegar ao 48,6 % dos casos, no segundo mês foram avaliados 101 pessoas com diabetes para o 62,2 % dos casos e para o terceiro mês foi atingida a cifra total antes exposta. Esta cifra não atinge a meta inicialmente proposta no projeto, porque o mesmo inicialmente foi projetado para ser culminado em 16 semanas e posteriormente foi reduzido para 12 semanas, o que demonstra que a meta poderia ser atingida em breve, se a equipe mantivesse o ritmo de trabalho estabelecido neste tempo. Também podemos dizer, tendo em conta os dados obtidos, que durante este tempo de aplicação da intervenção, foram atendidos aproximadamente de dois a três usuários com diabetes diariamente 11 casos semanalmente. Este 6,2% restante dos usuários com diabetes mellitus que faltam por ser cadastrados e atendidos, representa um aproximadamente de nove a 10 casos, os que em duas semanas podem ser avaliados sem dificuldade.

Realizando uma avaliação qualitativa destes dados podemos apreciar na figura 9 o incremento mantido e sistemático de casos novos, avaliados mensalmente o que foi de 30 a 35 aproximadamente o que representa um incremento de 20-23% de casos novos atendidos cada mês. Estas ações foram facilitadas pela constante busca de casos realizada pela equipe nas visitas domiciliares, atividades de engajamento público com líderes formais e comunidade em geral, destacando-se o papel dos ACS nas ações de cadastramento e controle nas visitas domiciliares realizadas. Os 10 casos que restam são usuários que moram em microrregiões muito longe da UBS e que alguns deles têm plano de saúde. Mas, poderiam ser avaliados realizando visitas domiciliares aos mesmos. Este resultado é melhor em relação ao resultado obtido com as pessoas com hipertensão porque evidentemente o número de usuários diabéticos da área de abrangência é menor e também porque a ampliação da cobertura assistencial favoreceu a acessibilidade dos casos para serem atendidos diariamente.

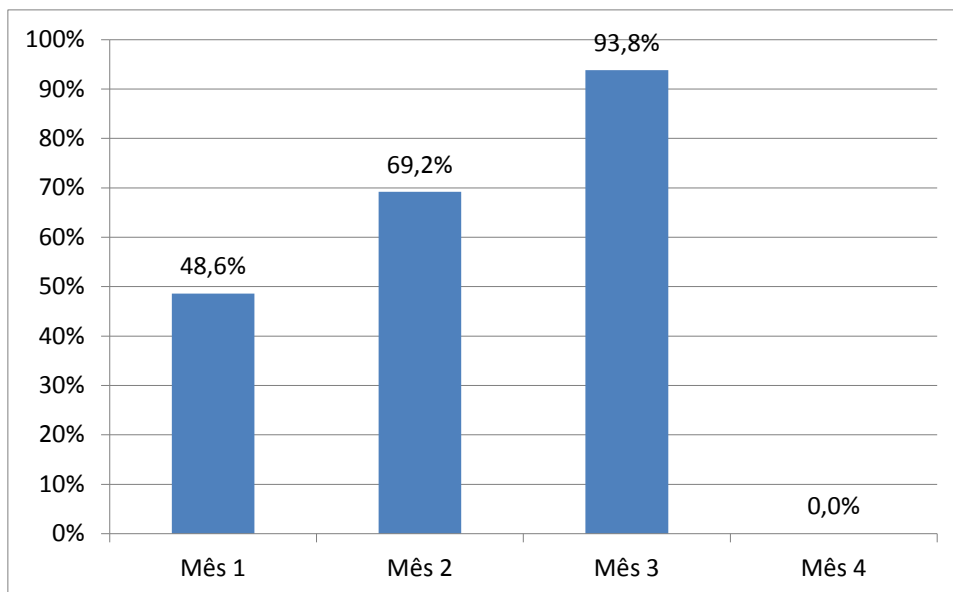


Figura 9: Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção a pessoa com diabetes da USF Conceição, São Sebastião do Caí, RS.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.1: Proporção de pessoas com hipertensão com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Em relação a este objetivo, as metas foram cumpridas 100% pois, os **394** usuários com hipertensão foram examinados integralmente, onde no primeiro mês foram atendidos **188** usuários e no segundo mês, **291** pessoas com hipertensão. Neste sentido atingir 100% desta meta, representa uma conquista muito importante para toda a equipe, pois com ela garantimos grande parte da qualidade dos atendimentos, atendendo aos protocolos estabelecidos. Além disso, este resultado foi possível devido a rápida integração da equipe na hora da realização destes atendimentos, desde o acolhimento do usuário até o seu atendimento final em consulta, a boa planificação do tempo e a coordenação das ações referentes a medição das cifras pressóricas, de glicose, mensurações, boas condições do equipamento médico utilizado e as atividades de capacitação desenvolvidas de maneira sistemática neste aspecto. Além disso, a não presença de usuários faltosos a consulta permitiu não ter atraso nestas atividades.

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.2: Proporção de pessoas com diabétes com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Da mesma maneira acontece no caso das pessoas com diabetes mellitus atendidas durante este período, pois as **137** pessoas avaliadas foram examinadas clinicamente de maneira integral. Foram avaliadas durante o primeiro mês **71** casos e **101** casos ao final do segundo mês, atingindo a cifra total descrita no terceiro mês da intervenção.

Este aspecto resulta ser muito positivo, pois demonstra que pode ser realizadas as ações em 100% dos casos e que não existe justificativa para o não cumprimento destas atividades. Um exemplo esta no caso de usuários com complicações derivadas da diabetes e a hipertensão como isquemias cerebrais com sequelas motoras e da comunicação que ao inicio das ações estavam com cifras de glicose, pressão arterial e lipídios sanguíneos muito descontrolados e posteriormente com as ações de saúde realizadas, lograram a compensação das doenças e evitar a progressão das complicações.

Estas ações foram facilitadas porque cada membro da equipe conhecia quais são suas funções em cada caso, conseguindo realizar as ações de maneira sistemática e coordenada, sem violar os protocolos que também estiveram disponíveis todo o tempo para a sua consulta e revisão periódica. Também como aconteceu no caso dos usuários com hipertensão não tivemos usuários faltosos à consulta elemento que permitiu não ter atraso nesta tarefa.



Figura 10. Controle das cifras pressóricas e de glicose do grupo alvo.

Meta 2.3: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo e periodicidade recomendada.

Indicador 2.3: Proporção de pessoas com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Neste sentido a equipe obteve uns resultados excelentes, pois não foi fácil alcançá-la, já que as vezes não depende da bondade de uma pessoa. Durante os três meses da intervenção todos os usuários com hipertensão, que foram atendidos, tiveram indicados e realizados os exames complementares correspondentes, tendo em consideração o protocolo de atendimento deste grupo alvo, sem que houvesse atrasos. Das **394** pessoas com hipertensão atendidas com exames complementares em dia, 188 foram durante o primeiro mês da intervenção e 291 durante o segundo, para chegar a 100% no terceiro mês.

Qualitativamente falando, este elemento, facilita muito a qualidade do serviço, pois complementa o atendimento clínico e permite avaliar integralmente cada usuário. Mas como comentei anteriormente sem a ajuda do gestor municipal, que todo o tempo esteve garantindo a logística de insumos, transporte, material de laboratório, álcool, seringas, algodão, entre outros não poderia ter sido possível alcançá-la. Além disso, o trabalho em equipe facilitou que cada usuário realizasse seus exames em tempo na data prevista.

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo e periodicidade recomendada.

Indicador 2.4: Proporção de pessoas com diabétes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Neste aspecto os resultados também foram muito bons, pois durante a intervenção todos os usuários com diabetes atendidos realizaram os exames complementares correspondentes, atendendo aos protocolos de atendimento deste grupo alvo, sem existir usuários com atraso nos mesmos. Das **137** pessoas com diabetes avaliadas todas tiveram exames complementares em dia, para ter **71** casos o primeiro mês da intervenção e **101** casos durante o segundo mês, atingindo para chegar o número total ao final do terceiro mês.

Desde o ponto de vista qualitativo este resultado, permite oferecer um serviço de qualidade, pois contar com os exames complementares em dia, hoje poderia ser uma utopia em outras regiões, mas graças ao apoio constante dos gestores municipais, ao garantir os aspectos logísticos tanto na UBS como no laboratório clínico do município este resultado foi possível. Não posso deixar de mencionar que a equipe com seu trabalho integrado e ciente de suas funções em cada caso também facilitou que cada usuário realizasse seus exames em tempo na data prevista. Exemplo desta ação foi o controle diário das cifras de glicose realizada aos usuários diabéticos, para avaliar as ações de saúde realizadas e monitorar seu acompanhamento. Outro aspecto facilitador foi poder contar com as fichas espelhos que favoreceram as análises de cada caso para que não fosse deixado de realizar nem de procurar cada exame indicado.

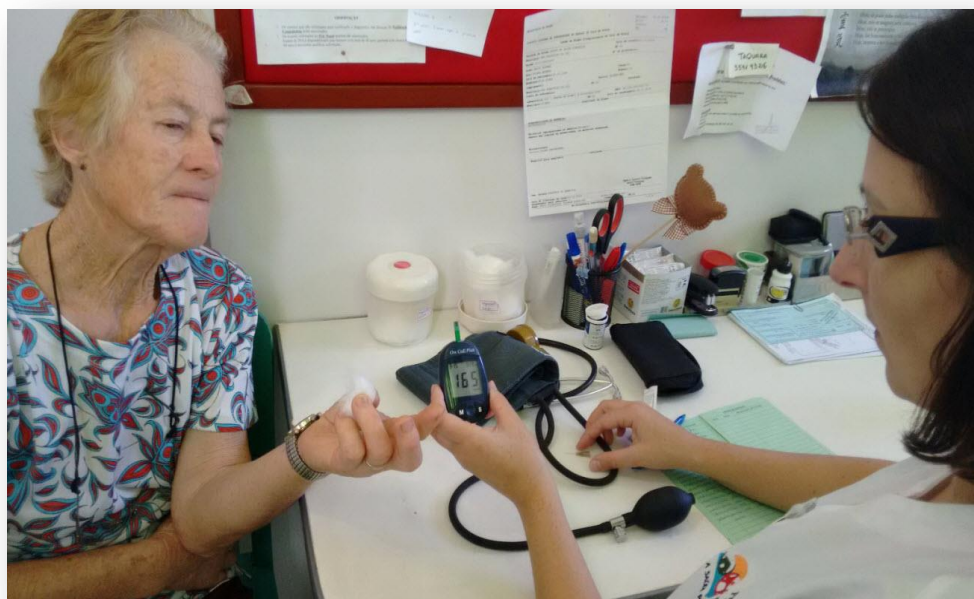


Figura 11. Controle das cifras de glicose do grupo alvo.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 2.5: Proporção de pessoas com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Ao realizar uma análise quantitativa deste aspecto, se pode apreciar na Figura 12 que o percentual de cumprimento do mesmo, supera **96%** nos três meses da intervenção. Por isso durante o primeiro mês de **188** usuários hipertensos avaliados, **182** usam os medicamentos da farmácia popular com bons resultados, durante o segundo mês somente **oito** de **283** casos, não teriam prescrito as medicações da farmácia popular e ao final do terceiro mês dos **394** casos avaliados somente **oito**, não usam as medicações disponíveis na farmácia popular, para desta maneira ter **98%** de uso das medicações disponíveis no Sistema Único de Saúde (SUS) para estes usuários.

Este aspecto resulta muito positivo, pois favorece o trabalho com as medicações disponíveis e demonstram que, realizando uma boa prescrição, se pode manter controladas as cifras pressóricas deste grupo alvo. _

Realizando uma análise qualitativa, não existem dúvidas da grande vantagem que isto representa, desde o ponto de vista pessoal, social e econômico para a população alvo, pois desta maneira a mesma tem acesso às medicações disponíveis

e podem permanecer com a sua doença compensada. Favoreceram este resultado a grande disponibilidade destas medicações na farmácia popular, a prescrição adequada das mesmas, o controle sistemático da equipe do estoque na farmácia, a estreita vinculação da equipe com os gestores municipais em função de garantir estes insumos e o trabalho em equipe pra poder substituir medicações não disponíveis no sistema e na maioria dos casos desnecessárias. O percentual mínimo de usuários que não usam estas medicações é porque não desejam trocar de tratamento e tem plano de saúde, além de se controlar com as mesmas.

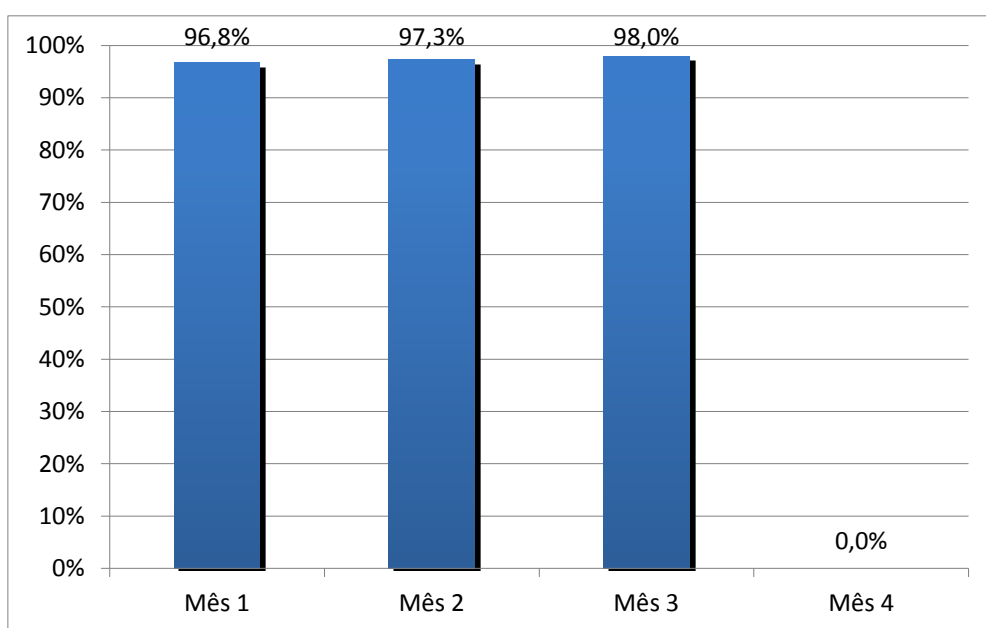


Figura 12: Evolução mensal da proporção de usuários hipertensos com prescrição prioritizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia da USF Conceição, São Sebastião do Caí, RS.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.6: Proporção de pessoas com diabétes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. -

Avaliando os números obtidos, relativo a este indicador, se pode dizer, da mesma maneira que acontece com os usuários hipertensos, o percentual de usuários com diabetes que apresentam prescrição de medicamentos da farmácia popular é elevado e supera o **98%** nos três meses da intervenção avaliados. De maneira ilustrativa posso dizer que durante om primeiro mês de **71** usuários com diabetes avaliados, **70** usam os medicamentos da farmácia popular com bons

resultados; durante o segundo mês somente **um** caso de **101** pessoas com diabetes, não teriam prescrito as medicações da farmácia popular e ao final do terceiro mês dos **137** casos avaliados somente um caso, não usam as medicações disponíveis na farmácia popular, para completar ao final deste período **93,3 %** de utilização e prescrição das medicações do SUS, no tratamento deste grupo alvo. Este elemento resulta muito significativo, pois favorece a disponibilidade, uso e acesso dos usuários diabéticos a suas medicações.

Desde outro perfil, analisando os aspectos qualitativos deste resultado, isto representa, uma conquista para todos, pois desta maneira a prescrição, uso, controle, disponibilidade e acesso as medicações, esta garantido propiciando que o **99%** dos casos permaneçam com a sua doença compensada. Este resultado esteve favorecido devido ao trabalho em conjunto com os gestores de saúde do município, farmácia municipal e UBS, para garantir a presença do estoque completo destas medicações e seu uso racional. A porcentagem mínima de usuários que não usam estas medicações esta determinada porque esse único caso leva muito tempo com uso de uma insulina especial que esta dando bons resultados e não resulta conveniente, por este motivo, trocar.

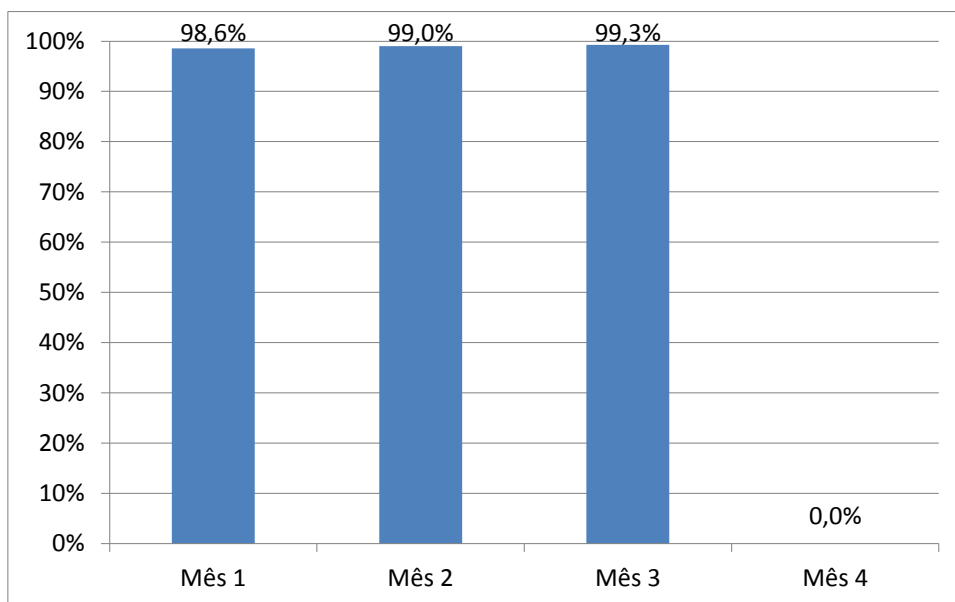


Figura 13: Evolução mensal da proporção de usuários diabéticos com prescrição prioritizada de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia da USF Conceição, São Sebastião do Caí, RS.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 2.7: Proporção de pessoas com hipertensão com avaliação da

necessidade de atendimento odontológico.

Relativo a este indicador, o mesmo foi cumprido em 100% dos casos avaliados durante este período, para ter tido examinado, desde o ponto de vista odontológico a **188** usuários com hipertensão durante o primeiro mês, a **291** durante o segundo mês, e a **394** usuários ao final dos três meses. Isto demonstra que na prática o exame bucal pode ser realizado sem nenhuma dificuldade em 100% dos casos, sendo um elemento de qualidade importante no atendimento dos usuários.

Considerando o significado que este indicador representa, desde o ponto de vista de qualidade, posso dizer, que este exame, permite a detecção de afecções bucais, como caries, aftas, lesões, pré-malignas e malignas, periodontites, estomatites, entre outras que prejudicam a saúde individual de cada pessoa e podem em um dado momento, determinar uma descompensação da sua doença de base. Sendo este o principal motivo para não deixar de realizá-lo. Este resultado foi facilitado devido a intencionalidade da equipe, ao estar ciente da importância de cumpri-lo, as coordenações realizadas com o departamento de odontologia municipal, no atendimento dos casos necessitados e o cumprimento do protocolo de ações definidas para esta intervenção.

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 2.8: Proporção de pessoas com diabétes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Analisando os percentuais relativos a este indicador, no caso das pessoas com diabetes, atendidas em nossa UBS durante a intervenção, se pode apreciar que também foi cumprido a **100%** dos casos, para ter examinado, desde o ponto de vista odontológico, a **71** usuários com diabetes durante o primeiro mês, a **101** durante o segundo mês, e a **137** usuários, ao final dos três meses. Este resultado representa um sucesso, pois este exame, especificamente na pessoa com diabetes mellitus, permite a detecção precoce de problemas de saúde bucal, que repercutem na adequada alimentação, digestão e nutrição da pessoa com diabetes assim como na identificação de lesões suspeitas de malignidade.

Desde o ponto de vista de qualitativo, esta demonstrado que a realização deste exame, ao grupo alvo descrito, permite a detecção de numerosas afecções bucais, que não sendo realizado, passam despercebidas o que prejudica a saúde individual

da pessoa com diabetes, descontrolando seu metabolismo e controle da doença.

Este resultado esteve facilitado devido a constante capacitação da equipe em função da detecção das principais afeções bucais que podem ser identificadas, sem necessidade de precisar de um odontólogo, por sua realização contínua em todos os ambientes de interação com o usuário, pelas orientações oferecidas ao grupo alvo de maneira individual e coletiva relativo ao cuidado da saúde bucal e pelas coordenações realizadas com o departamento de odontologia municipal, no atendimento dos casos necessitados.

Objetivo 3. Melhorar a adesão das pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de pessoas com hipertensão faltosa às consultas médicas com busca ativa.

Durante o período analisado a equipe teve somente **um** usuário com hipertensão que não compareceu a consulta na data prevista, mas o ACS fez uma busca ativa imediata, que permitiu que este indicador relativo aos casos faltosos, se mantenha cumprido integralmente em 100%.

Desde a perspectiva quantitativa, este representa uma conquista da nossa equipe, neste sentido, pois o fato de que todos os casos, fossem avaliados na data estabelecida, foram essenciais, para cumprir com os demais indicadores de saúde a avaliar. Este resultado tem como fator facilitador a constante revisão das fichas espelhos e planilhas de coleta de dados para corrigir este problema, a unidade da equipe em função de garantir o comparecimento do indivíduo a consulta na data prevista e o grande engajamento obtido pela comunidade, gestores, e líderes, na importância de cumprir com esta atividade.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de pessoa com diabétes faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Durante o período analisado nossa equipe não teve usuário com diabetes,

faltosos a consulta na data prevista. Estando este indicador praticamente sem números para analisar porque não foi preciso realizar busca ativa. Elemento que teve um comportamento ideal, a como deveria acontecer com todos os casos.

Este resultado, de não ter apresentado pessoas com diabetes, faltosas a consultas é um fato, relevante na intervenção. Não ter tido a necessidade de estabelecer um sistema de busca ativa para as pessoas com diabetes, repercute positivamente na qualidade dos atendimentos, pois favorece que o indivíduo seja intervindo favoravelmente com todas as ações de saúde a desenvolver, acorde aos protocolos. Este resultado, da mesma maneira que para os usuários com hipertensão, teve como fator facilitador, a oportunidade de contar com as fichas espelhos e planilhas de coleta de dados, como instrumentos de controle, avaliação e retroalimentação das ações a desenvolver, por o trabalho em equipe em função do alcance deste objetivo e pelo grande engajamento público e individual obtido com a comunidade, gestores municipais, e líderes comunitários, equipe e próprio indivíduo, no cuidado de sua saúde.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 4.1: Proporção de pessoas com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

A totalidade das pessoas com hipertensão atendidas durante estes três meses, apresentam como respaldo de seu atendimento, além do prontuário eletrônico, as fichas espelhos individuais e se encontram registrados na planilha de coleta de dados mensalmente, atividade que foi cumprida integralmente em 100% dos casos atendidos. Sendo realizadas neste sentido **188** fichas espelhos e registros na planilha de coleta de dados durante o primeiro mês, **291** durante o segundo e **394** ao final do terceiro mês, representando a totalidade dos casos avaliados neste período, pertencentes a nossa área de abrangência.

Qualitativamente resulta conveniente sinalar, que estes instrumentos de registro e controle sistemáticos dos atendimentos constituem um elemento imprescindível para o trabalho sistemático e organizado com estes usuários, sendo facilitado este resultado, devido a constante atualização das fichas espelhos realizada, assim como a alimentação sistemática da planilha de coleta de dados pela

equipe. Além disso, é a primeira vez que a equipe trabalha com estes documentos de registro e controle das ações de maneira sistemática e integrada para poder ter uma avaliação integral de cada caso atendido. O apoio logístico mantido pelos gestores municipais para poder imprimir estes documentos e trabalhar com os mesmos, foi outro elemento favorecedor deste resultado.



Figura 14. Trabalho com as fichas espelhos.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 4.2: Proporção de pessoas com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Neste sentido, a totalidade das pessoas com diabetes mellitus atendidas durante a intervenção, foram registrada na planilha de coleta de dados e realizada a cada uma delas uma ficha espelho, além de seu controle no sistema E-SUS ou prontuário eletrônico. Por isso, numericamente, esta atividade também que foi cumprida em 100%. Durante este período de tempo foram confeccionadas **71** fichas espelhos e registros na planilha de coleta de dados durante o primeiro mês, **101**, durante o segundo mês e **137** no terceiro mês da intervenção, representando estes

números a totalidade das pessoas com diabetes avaliadas neste período, pertencendo a nossa área de abrangência.

A importância que representa o cumprimento integral deste indicador, para nosso trabalho com o grupo alvo, resulta vital para manter atualizados os registros, controles e informações de todos os usuários atendidos, sendo instrumentos úteis para o trabalho sistemático e organizado com estes usuários. Este alcance esteve facilitado devido as mesmas circunstâncias e fatos descritos para o caso dos usuários com hipertensão.

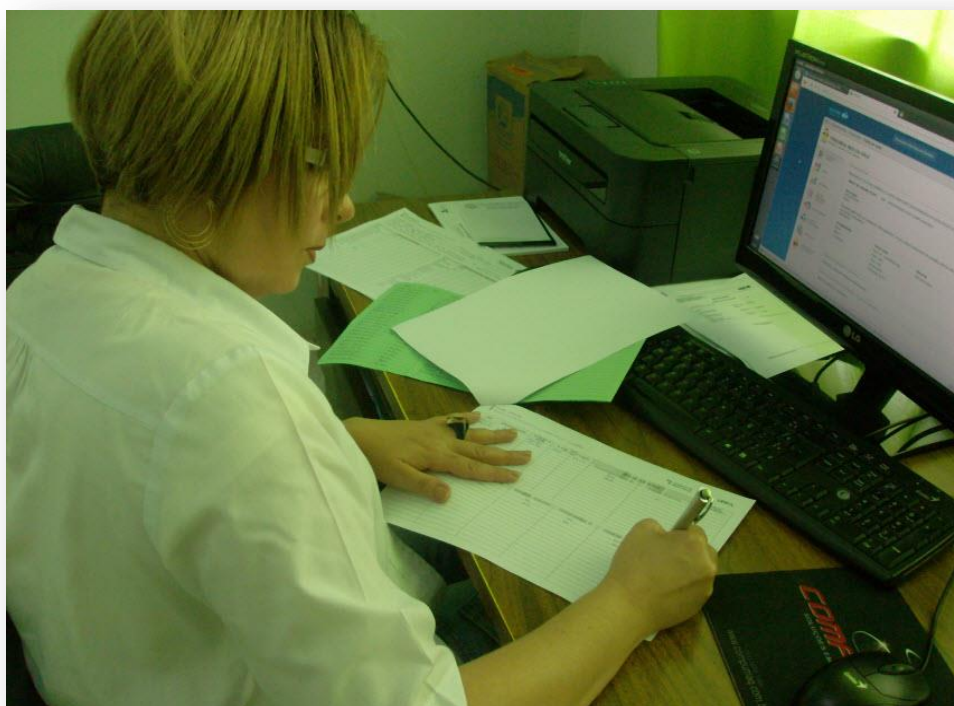


Figura 15. Trabalho com as fichas espelhos e planilha de coleta de dados.

Objetivo 5. Mapear as pessoas com hipertensões e diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Quantitativamente este indicador esteve cumprido ao **100%**, pois durante o primeiro mês os **188** usuários com hipertensão avaliados, foram estratificados em função do seu risco cardiovascular como, descreve o protocolo e atendendo ao

escore de Framingham, de igual maneira aconteceu com os **291** caso atendidos no segundo mês e com os **394** usuários com hipertensão ao final do terceiro mês.

Realizando uma análise qualitativa, do que este indicador representa, posso afirmar que determina uma grande ajuda, para o alcance de uma boa saúde de cada individuo, para a sua classificação de risco, prognóstico, tratamento e mudança no estilo de vida. É importante ressaltar que esta avaliação não era realizada na UBS anteriormente a intervenção e que marca um antes e depois na atenção deste grupo alvo. Como fator facilitador para este indicador se pode ressaltar o trabalho em equipe, pois cada membro cumpriu a sua função em cada momento e ações como a tomada das mensurações, coleta de amostra para exames, recuperação dos resultados, adequado acolhimento e coleta de informações, foi possível realizar de maneira armênica e integrada, assim como o bom estado e funcionamento do equipamento médico utilizado. Além de contar com a documentação e protocolos estabelecidos para cumprir esta atividade.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Desde a visão quantitativa este indicador esteve cumprido integralmente em **100%**, dos casos com diabetes mellitus, pois durante o primeiro mês os **71** usuários com diabetes avaliados, foram estratificados em função de seu risco cardiovascular utilizando a escore de Framingham e os dados obtidos para realizar o mesmo, de igual maneira aconteceu com os **101** caso atendidos no segundo mês e com os **137** usuários com diabetes ao final do terceiro mês.

Desde o espectro qualitativo, o fato de ter cumprido este indicador integralmente determina uma elevação da qualidade do atendimento a este grupo alvo, permitindo classificar individualmente a cada individuo com diabetes e estabelece pautas em sua abordagem terapêutica e prognóstico. De igual maneira, como acontece no caso das pessoas com hipertensão esta avaliação não era realizada na UBS anteriormente a intervenção, determinado desta maneira uma melhoria na qualidade do serviço que se fornece aos usuários. Como elementos facilitadores para cumprir este indicador estiveram o trabalho coordenado da equipe, onde cada membro desenvolveu a sua função em cada momento permitindo

realizar ações de cadastramento, medição de peso, talha, Índice de Massa Corporal (IMC) assim como a coleta das amostra para exames, obtenção dos resultados e coleta sistemática e correta das informações e o apoio logístico adequado que permitiu trabalhar com o equipamento necessário todo o tempo sem interrupções.



Figura 16. Mensurações do grupo alvo, elemento de qualidade na atenção.

Objetivo 6. Promover a saúde das pessoas com hipertensão e diabetes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.1: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Ao observar os números relativos ao cumprimento deste indicador, se aprecia que o mesmo foi cumprido integralmente, onde durante o primeiro mês da intervenção, as informações e orientações relativas a orientação nutricional, sobre hábitos alimentícios saudáveis foram oferecidas a **188** usuários com hipertensão,

no segundo mês a **291** usuários e ao final do terceiro mês a **394** casos, o que representa o 100% dos casos atendidos.

Na análise qualitativa deste indicador os números mostram seu cumprimento integral, pois as orientações oferecidas a cada usuário no momento da consulta e fora da mesma nas atividades grupais desenvolvidas, na sala de espera e nos diferentes momentos da intervenção, permitiram o cumprimento destas orientações. Isto foi facilitado pela presença de materiais instrutivos sobre alimentação saudável e hábitos alimentícios adequados, como vídeos, documentos escritos, murais, assim como pelo estudo e capacitação dos membros da equipe para oferecer estas orientações. Além disso, o fornecimento destes, materiais pela secretaria municipal de saúde e gestores locais permitiu a realização das atividades com os grupos de usuários com hipertensão e diabetes mellitus, com a qualidade requerida.

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.2: Proporção de pessoas com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Relativo ao cumprimento deste indicador, se aprecia que o mesmo foi cumprido integralmente, onde durante o primeiro mês da intervenção, as informações e orientações relativas a orientação nutricional, sobre hábitos alimentares saudáveis foram oferecidas a **71** usuários com hipertensão, no segundo mês a **101** usuários e ao final do terceiro mês a **137** casos, o que representa o 100% dos casos atendidos.

Na análise qualitativa deste indicador os números mostram seu cumprimento integral, pois as orientações oferecidas a cada usuário no momento da consulta e fora da mesma nas atividades grupais desenvolvidas, na sala de espera e nos diferentes momentos da intervenção, permitiram o cumprimento das mesmas. Isto foi facilitado por os mesmos elementos descritos para os usuários com hipertensão.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.3: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

Os dados relativos ao cumprimento deste indicador mostram que o mesmo foi

cumprido com todos os casos avaliados de maneira integralmente, onde durante o primeiro mês da intervenção, as informações e orientações relativas a importância da prática sistemática de exercícios físicos no tratamento da hipertensão foram oferecidas a **188** usuários com hipertensão, no segundo mês a **291** usuários e ao final do terceiro mês a **394** casos, o que representa o 100 % dos casos atendidos.

Desde o ponto de vista qualitativo ao conseguir cumprir este indicador integralmente, os usuários com hipertensão, estiveram cientes da importância da prática de exercício físico regular na prevenção e controle de complicações, na pessoa com hipertensão, estas orientações foram oferecidas a cada usuário em cada ambiente de interação com o mesmo. Esta atividade esteve facilitada devido à consulta e disponibilidade de materiais instrutivos sobre os benefícios da prática de exercícios físicos regulares como elemento essencial no tratamento não farmacológico da pessoa com hipertensão, a divulgação dos mesmos em murais, atividades grupais e com o uso de vídeos educativos sobre o tema.

A capacitação dos membros da equipe neste aspecto também facilitou cumprir esta atividade e o apoio dos gestores municipais de saúde para garantir estes, materiais. Como fatos que dificulta a realização de atividade física esta a pouca disponibilidade de áreas para a prática de esportes na região, elemento já discutido e avaliado com o gestor do município e conselho municipal de saúde.

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.4: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

Os resultados obtidos neste indicador mostram que o mesmo foi cumprido integralmente, maneira que a totalidade dos usuários com diabetes mellitus recebeu estas orientações relativas à importância da prática sistemática de exercícios físicos no tratamento da diabetes mellitus. Durante o primeiro mês da intervenção, as informações e orientações neste sentido, foram oferecidas a **71** usuários com hipertensão, no segundo mês a **101** usuários e ao final do terceiro mês a **137** casos, o que representa o 100% dos usuários atendidos.

Tendo em conta os aspectos de qualidade relativos ao cumprimento deste indicador posso dizer que são semelhantes aos relacionados com os usuários com hipertensão, onde, as informações relativas a prática de exercício físico regular na

prevenção e controle de complicações, da pessoa com diabetes, permitiu ampliar o espectro terapêutico e de conhecimento estes usuários. Os fatores favorecedores e que dificultam esta atividade, são os mesmos para o caso dos usuários com hipertensão.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Os resultados obtidos neste indicador mostram que o mesmo foi cumprido de maneira integral, em todos os casos avaliados durante este período. Durante o primeiro mês da intervenção, as informações e orientações relativas a os riscos e danos que produz o tabagismo na pessoa com hipertensão, foram oferecidas a **188** usuários durante o primeiro mês, a **291** usuários durante o segundo mês e a **394** casos ,ao final do terceiro mês; que representa o 100% dos casos atendidos.

A importância de conhecer a repercussão que tem o tabagismo, na pessoa com hipertensão, favorece a conscientização do mesmo e permite que a adesão ao tratamento e a mudança, do estilo de vida, no caso do usuário fumante, possa acontecer. Esta mudança, como fator na prevenção e controle de complicações deste grupo alvo, é essencial, por isso em nossa UBS foram aproveitados todos ambientes de interação com cada usuário para enfatizar sobre os danos do tabagismo mesmo. Os elementos que facilitaram o cumprimento desta atividade foram à integração da equipe para a luta contra este hábito, a colocação de informações referentes ao tema nos murais, e oferecimento das mesmas nas atividades grupais. A capacitação dos profissionais foi também um fator favorecedor assim como a presença de algumas medicações como ansiolíticas e parches de nicotina como coadjuvante no tratamento destes usuários e a disponibilidade de ter a disposição de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que serve como apoio no tratamento psicológico e/ou psiquiátrico dos casos mais graves.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.6: Proporção de pessoas com diabétes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Os resultados deste indicador mostram que, da mesma maneira como aconteceu com os usuários com hipertensão, o mesmo foi cumprido de maneira integral, em todos os casos avaliados durante este período. Durante o primeiro mês da intervenção, as informações e orientações relativas à os riscos e danos que produz o tabagismo na pessoa com diabetes mellitus, foram oferecidas a **71** usuários durante o primeiro mês, a **101** usuários durante o segundo mês e a **137** casos ao final do terceiro mês; o que representa o 100 % dos casos atendidos. A análise qualitativa deste aspecto não difere, do que foi realizado no caso dos usuários com hipertensão. Tendo iguais fatores favorecedores para poder ter atingido estes resultados.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Ao analisar desde o ponto de vista este indicador, os resultados obtidos mostram um cumprimento integral do mesmo, em todos os casos avaliados durante este período. Durante o primeiro mês da intervenção, as informações e orientações relativas aos cuidados referentes com a higiene bucal e a importância do autoexame bucal na prevenção do câncer e outras afecções, foram oferecidas a **188** usuários durante o primeiro mês, a **291** usuários durante o segundo mês e a **394** casos, ao final do terceiro mês; que representa o 100% dos casos atendidos.

A higiene bucal é um tema que não são todas as pessoas se preocupam em cuidar. As ações de exame bucal e as orientações relativas a importância de manter uma adequada higiene bucal e realizar o auto exame sistemático da cavidade bucal na pessoa com diabetes, favorece o autocuidado e a identificações de alterações precoces neste sentido permitindo, que o usuário com diabetes tenha presente a importância deste elemento e cuide do mesmo.

Esta atividade esteve favorecida pela realização do exame bucal a todos os casos avaliados, seguido das orientações oferecidas a estes usuários, relativas ao tema, além disso, a integração da equipe para o cumprimento e procura de informações relativas ao tema foi importante também, como a colocação de informações referentes ao tema nos murais e oferecimento das mesmas nas atividades grupais.

A capacitação dos profissionais no tema permitiu ampliar os conhecimentos referentes a estes cuidados. Como fator que poderia melhorar esta atividade seria a conclusão da nova unidade de saúde que esta em andamento, para oferecer este tipo de atendimento na UBS e contar com o odontólogo, para que as informações sobre o tema sejam reforçadas.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8: Proporção de pessoas com diabétes com orientação sobre higiene bucal.

Ao analisar quantitativamente, este indicador, os resultados obtidos mostram um cumprimento integral do mesmo, em todos os casos avaliados durante este período. Durante o primeiro mês da intervenção, as informações e orientações relativas aos cuidados referentes com a higiene bucal e a importância do autoexame bucal na prevenção do câncer e outras afecções, foram oferecidas a **71** usuários com diabetes durante o primeiro mês, a **101** usuários durante o segundo mês e a **137** casos, ao final do terceiro mês; que representa o 100% dos casos atendidos. A análise qualitativa realizada nos casos dos usuários com hipertensão no cumprimento deste indicador são os mesmos para os usuários com diabetes Mellitus.

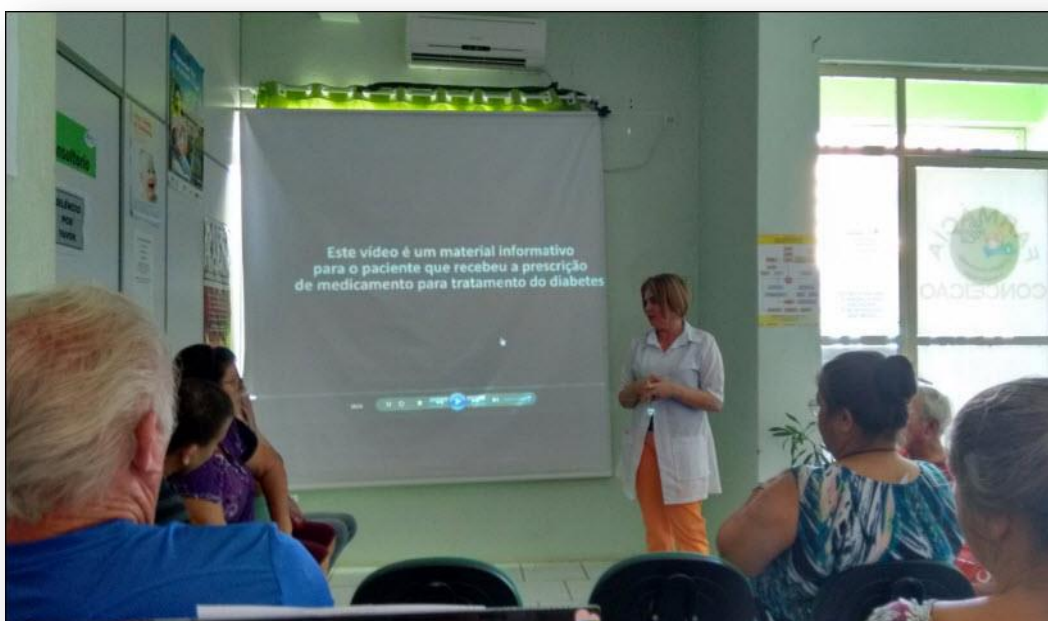


Figura 17. Atividades de orientação com o grupo de usuários.



Figura 18. Grupo de pessoas com hipertensão e diabetes mellitus.

4.2 Discussão

Com a aplicação desta intervenção em nossa UBS conseguimos ampliar a cobertura das pessoas com hipertensão e diabetes mellitus, melhorar a qualidade da atenção realizando uma correta estratificação de risco em cada caso, fazendo um tratamento adequado com o uso maioritário das medicações provenientes da farmácia popular além de fazer ações no intuito de evitar a ocorrência de complicações derivadas da descompensação destas doenças. Também foram realizadas atividades de orientação sobre modificações de hábitos e estilos de vida com o grupo alvo, como elementos de promoção e educação para a saúde Além disso, foi possível melhorar os registros dos atendimentos, com o uso sistemático das planilhas de coleta de dados e fichas espelhos. Isto permitiu que em cada reunião da equipe fosse possível monitorar o andamento da intervenção e avaliar elementos pontuais, como casos faltosos e de risco elevado.

Para a equipe a intervenção permitiu ampliar os conhecimentos de cada membro, na abordagem clínica e terapêutica das pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus mediante a capacitação permanente com os protocolos de atenção a este grupo alvo, fundamentalmente em aspectos relativos à: pesquisa ativa de casos, acolhimento, exame clínico, estratificação de risco, diagnóstico, interpretação de exames complementares, tratamento adequado, medidas de controle individual, orientações específicas e registro e monitoramento destas doenças. Desta maneira o trabalho em equipe foi promovido de maneira tal que cada integrante domina a suas funções específicas, desde o acolhimento até a visita domiciliar.

A secretaria da unidade melhorou o acolhimento inicial dos casos, o controle de cada usuário relativo a realização de exames, complementares em dia, comparecimento a consulta e arquivo e registro das informações relativas a intervenção.

Os ACS, neste sentido aumentaram a pesquisa de casos novos na comunidade assim como a busca ativa de alguns usuários faltosos a consulta. Melhoraram o fornecimento de orientações específicas relativas às mudanças nos estilos de vida, para estilos de vida saudáveis e a prevenção de complicações no âmbito familiar, individual e coletivo.

A auxiliar de enfermagem aperfeiçoou as técnicas de medição da glicose, pressão arterial, coleta adequada de amostras para exames complementares, mensurações, administração de medicamentos, as técnicas de comunicação para o oferecimento de orientações específicas no trabalho com o grupo de usuários com hipertensão e diabetes mellitus.

A enfermeira conseguiu organizar as ações de saúde em função do cronograma, melhorou a dinâmica do acolhimento, o controle da vacinação, administração de insulina, no caso das pessoas com diabetes, o preenchimento das fichas espelhos e de coleta de dados com o restante da equipe, o controle das informações relativas à intervenção, a comunicação com os gestores de saúde municipais e líderes comunitários.

Para a médica esta intervenção permitiu melhorar a abordagem clínica e terapêutica de cada usuário com diabetes mellitus e hipertensão arterial, conseguindo organizar o trabalho com um melhor registro e monitoramento das ações, também conseguiu otimizar o tempo na consulta e visita domiciliar para cada

caso e favoreceu o engajamento cada vez maior de usuários e equipe em função da intervenção.

Estes elementos em seu conjunto impactaram na melhor organização do serviço em função do grupo alvo sem afetar os demais programas de saúde, no conhecimento em tempo real da incidência e prevalência destas doenças na área de abrangência, impactou no aumento da acessibilidade dos usuários ao serviço com uma maior cobertura na assistência aos mesmos e na qualidade das ações de saúde realizadas no âmbito individual e coletivo com o grupo alvo.

Realizando uma comparação simples, podemos dizer que antes da aplicação da intervenção os usuários com hipertensão e diabetes mellitus, eram atendidos basicamente pelo médico e os profissionais de enfermagem de uma maneira isolada, sem integração nas ações. Por isso esta intervenção permitiu estabelecer funções específicas para cada membro, relativas a objetivos e metas comuns, atingindo metas como o aumento da cobertura assistencial, qualidade dos atendimentos, acolhimentos, consultas e visitas domiciliares. Também não existia um registro atualizado dos usuários do grupo alvo, mas com o uso da ficha espelho e planilha de coleta de dados, foram aperfeiçoadas as ações de controle, monitoramento, com o aumento da agenda na atenção a demanda espontânea, intercorrências específicas e outros programas de saúde.

Neste momento a equipe conseguiu mapear cada pessoa com diabetes mellitus e hipertensão em função de sua estratificação de risco priorizando cada caso tendo em conta as necessidades assistenciais, melhorando o cumprimento das ações padronizadas no serviço destes usuários como a realização das consultas, visitas domiciliares, exames complementares em tempo, exame físico completo, vacinação e orientações específicas.

Ainda o tempo da intervenção não permite falar de elementos de impacto, mas não existem dúvidas que a satisfação da comunidade, especialmente do grupo alvo, com o aumento da cobertura e a qualidade do serviço é muito maior. Também existe um número de usuários com hipertensão que não foram atendidos, mas isto obedece a que estes casos apresentam planos de saúde na rede privada e não costumam comparecer na unidade para receber atendimento. Também a comunidade se sente favorecida ao sentir que são bem atendidos por todos os membros da equipe e que suas necessidades de saúde básicas são cobertas na UBS.

Sem nenhuma dúvida, neste momento, depois de ter uma visão integral da intervenção, a única ação que melhoraria seria aumentar o número de atividades educativas e palestras com o grupo de usuários com hipertensão e diabetes, pois considero que foram poucas, assim como incluiria outros profissionais como nutricionistas, odontólogos e educadores físicos para enriquecer estas atividades.

Neste momento com as ações realizadas na intervenção, o trabalho realizado forma parte da rotina diária de nosso serviço, estando indissolúvelmente unida ao mesmo, mas como melhoria nesta ação programática poderia ampliar nosso serviço a outras comunidades isoladas pertencentes a nossa área de abrangência, mais distantes da UBS para aumentar o acesso e cobertura destes casos. Ação que estamos realizando nestes momentos com uma dessas comunidades.

Como explicava anteriormente, levar nosso serviço a comunidades mais apartadas e isoladas, forma parte das ações de melhoria desta ação programática assim como a melhoria da estrutura da UBS, com a construção de uma UBS nova inserida na comunidade, que esta em andamento nestes momentos. Tomando como exemplo este projeto, pretendemos continuar com a implementação de outros, como a melhoria na atenção a pessoa idosa, e a prevenção do câncer de colo de útero e de mama.

5. Relatório da intervenção para gestores

Senhores gestores:

Em Abril de 2014 iniciamos a realização da especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O curso da suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Com a especialização foi possível fazer uma reorganização no programa de saúde dos usuários hipertensos e diabéticos cujo projeto foi intitulado Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. O projeto foi desenvolvido na USF Conceição durante o período de três meses compreendidos entre Março a Maio de 2015. Esse projeto poderá servir de modelo para outras ações programáticas na equipe e na unidade de saúde assim como para reorganizar o serviço de outras unidades de saúde em todo o município.

O foco de intervenção escolhido pela nossa equipe levou em consideração que as ações de qualidade iniciais com este grupo de usuários não estavam padronizadas como o estabelecido nos protocolos de saúde, sendo um setor maioritário de nossa comunidade que se encontrava afetado neste sentido. Inicialmente o projeto foi planejado para ser desenvolvido em 16 semanas, mas posteriormente, por razões bem justificadas, o mesmo foi modificado para 12 semanas de trabalho. Durante este período de tempo a equipe trabalhou em função da incorporação e realização das ações relativa à intervenção, considerando os quatro eixos temáticos fundamentais como: organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica e monitoramento e avaliação da intervenção. Foi realizado um cronograma de ações que obedeceu a objetivos gerais e específicos, com metas bem estabelecidas e indicadores de avaliação o que ao final deste tempo, favoreceu o atendimento de **394** pessoas com hipertensão o que

correspondeu a **66,4%** de cobertura total e a **137** pessoas com diabetes mellitus o que representou **93,8%** do total de usuários cadastrados deste grupo alvo conforme é apresentado na **Figura 1 e 2** respectivamente.

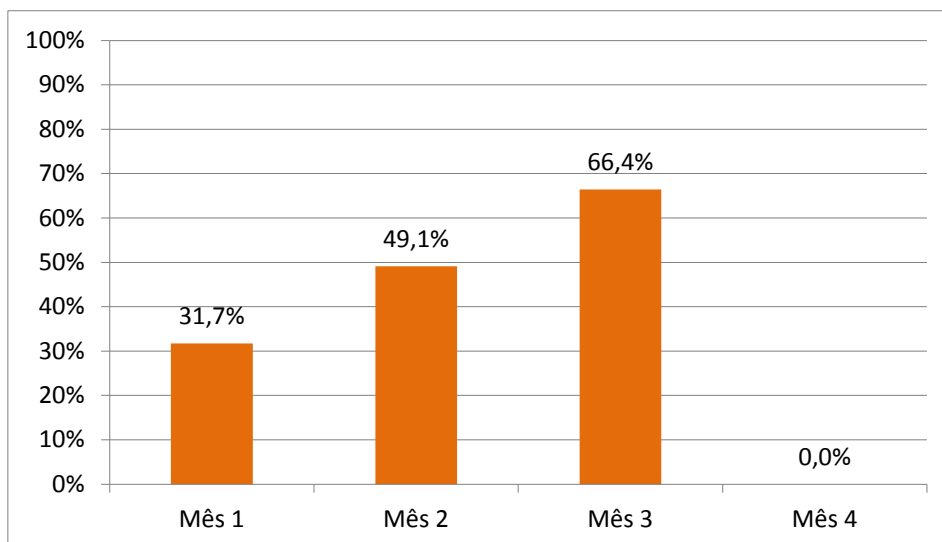


Figura 1: Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção a pessoa com hipertensão da USF Conceição, São Sebastião do Caí, RS.

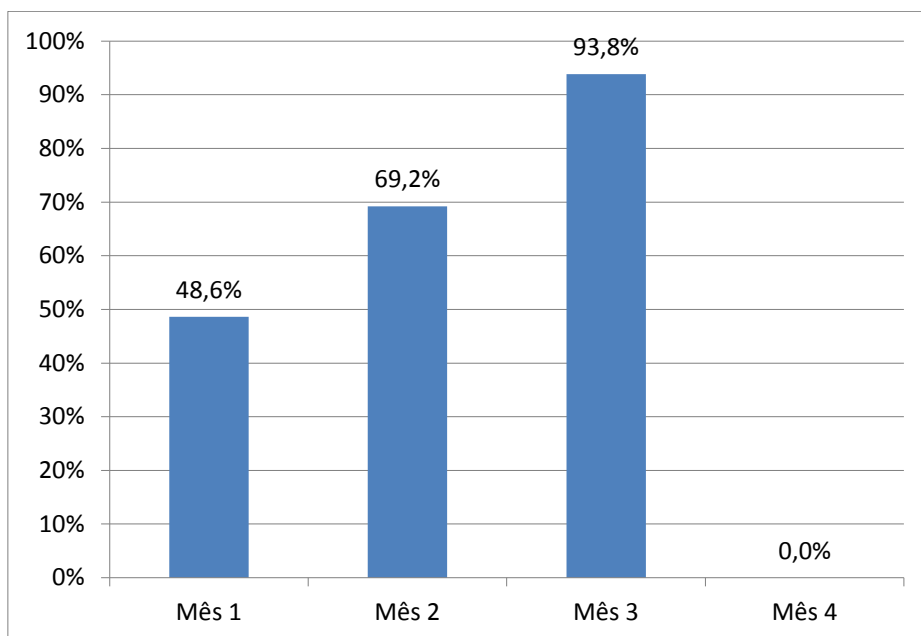


Figura 2: Evolução mensal do indicador de cobertura do programa de atenção a pessoa com diabetes mellitus da USF Conceição, São Sebastião do Caí, RS.

Este aumento da cobertura assistencial foi gradual e progressivo, com a realização ao mesmo tempo de ações de qualidade, como: acolhimento e

cadastro sistemático, realização de exame físico completo incluindo o exame bucal, toma de amostras para exames complementares, avaliações de risco dos usuários, vacinação, controles das cifras de pressão arterial e de glicose na prevenção de complicações, pesquisa e busca ativa de casos novos e usuários faltosos, visitas domiciliares, capacitação sistemática dos membros da equipe, registro e controle diário dos dados com novos instrumentos de controle e aumento das atividades de orientação e educação para a saúde de maneira individual e coletiva.

Todas estas atividades foram cumpridas em 100% dos usuários cadastrados no programa, contando sempre com o apoio dos gestores municipais de saúde e os líderes da comunidade. Para poder melhorar estas ações consideramos importante, concluir a construção da nova UBS, o que permitiria centralizar e melhorar ainda mais a qualidade das atividades relativas a este grupo, como o atendimento odontológico com o novo serviço na mesma unidade, uma sala de vacinas, uma farmácia, uma melhor estrutura para realizar outros procedimentos como acolhimento, curativos entre outros e uma sala para as atividades com o grupo HIPERDIA mais confortável e ampla. Por outro lado, seria ótimo ampliar a cobertura assistencial nas áreas mais distantes da unidade de saúde levando sistematicamente nosso serviço a estes usuários. Neste momento a intervenção forma parte da rotina de trabalho diário da equipe estando integralmente incorporadas sem afetar os demais programas de saúde, por isso as metas de cobertura poderá ser atingida em 100% em breve tempo, alcançando a curto e médio prazo com um impacto positivo na saúde deste grupo alvo e comunidade. Mas com esta intervenção foram abertas as portas para ampliar a mesma em função de outras ações programáticas na unidade de saúde na melhoria da atenção de outros grupos alvos da população.

6. Relatório da Intervenção para a comunidade

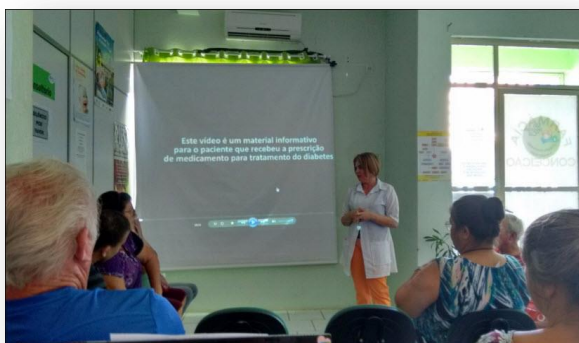
À comunidade

Em Abril de 2014 iniciamos a realização da especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas (UFPel). O curso de suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB).

A partir do mês de Março do ano 2015, a USF Conceição começou a desenvolver as ações relativas ao projeto de intervenção intitulado Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus. Foram 12 semanas de trabalho em função da incorporação e realização das ações deste projeto tendo em consideração o cronograma estabelecido e os objetivos gerais e específicos. Inicialmente a intervenção foi concebida para ser aplicada em 16 semanas, mas devido a uma modificação posterior, este tempo foi diminuído. Durante esse período foram avaliadas 137 pessoas com diabetes Mellitus e **394** pessoas com hipertensão arterial, logrando atingir ao **93,8%** do total de usuários com diabetes mellitus cadastrados e ao **66,4%** do total de usuários com hipertensão cadastrados de nossa área de abrangência. Durante este tempo foi possível estabelecer um ritmo de trabalho que permitiu ser avaliada uma média de 10 usuários com hipertensão arterial e de três a quatro usuários com diabetes Mellitus diariamente. Mantendo este ritmo de atendimento será possível cadastrar e avaliar todos os usuários desses dois grupos em curto espaço de tempo.

Durante este período, foi possível cumprir a maioria dos objetivos propostos, fundamentalmente os que estão relacionados com a qualidade da atenção

conseguindo ampliar a cobertura assistencial do grupo alvo, o cadastramento sistemático das pessoas deste grupo, a sua adesão ao tratamento médico, a avaliação de risco, aumentando a sua participação nas atividades de promoção de saúde. Além disso, também foi possível melhorar o registro dos dados obtidos, ampliar a capacitação dos integrantes da equipe e a unidade no trabalho, foi ampliado o número de visitas domiciliares, coleta de amostras para exames, vacinação dos usuários. O projeto também possibilitou realizar um controle das cifras pressão arterial e de glicose, para evitar a aparição de complicações e danos a órgãos alvos. Durante a intervenção a busca ativa dos usuários faltosos as consultas foi uma ação que quase não foi necessária aplicar, demonstrando um adequado engajamento da comunidade com as atividades relativas a este projeto.



A equipe com o novo sistema de registro realizou um monitoramento e avaliação sistemático das ações desenvolvidas que permitiu aperfeiçoar o trabalho e avaliar todos os aspectos necessários para a continuidade das ações de saúde. Foi realizado um diário da intervenção ilustrado com fotos e fatos importantes que marcaram momentos vitais para este trabalho, como base do histórico individual e geral das ações desenvolvidas, com previa aprovação por parte dos usuários, do consentimento informado para a toma das fotos inseridas no documento. Seria muito bom, que a comunidade tivesse uma maior participação nas atividades com o grupo de usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, para favorecer a educação sobre os hábitos e estilos de vida saudáveis das pessoas com estas doenças.

Por tudo isso as ações relativas à atenção deste grupo de usuário como cadastramento e acolhimento, realização do controle da glicose, medição das cifras

de pressão arterial, exame bucal e encaminhamento para o atendimento odontológico, busca ativa, visitas domiciliares, atividades de registro e controle dos dados, de capacitação, de avaliação de riscos neste momento formam parte do trabalho diário da UBS, sem interferir nos demais programas e atividades que são desenvolvidas ao mesmo tempo. A equipe os usuários e comunidade em geral, foram muito receptivos, durante este tempo, permitindo que estas atividades estejam incorporadas no sistema de trabalho diário do nosso serviço. Por isso podemos afirmar que ganhamos uma melhoria substancial na cobertura assistencial e qualidade das ações de saúde com estes usuários, ampliando também a acessibilidade aos medicamentos, consultas, vacinas entre outras facilidades que oferece o SUS, na atenção básica de saúde.

Aproveitamos este marco para convidar a todos os usuários deste grupo alvo, a participar nas atividades do grupo de pessoas com hipertensão arterial e diabetes mellitus, que ocorrem quinzenalmente nas quartas-feiras no turno da manhã.

7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Desde o primeiro momento que começamos as atividades deste curso, me dei conta da proporção integral de seus objetivos, a sua organização e o processo de desenvolvimento das suas atividades, com uma perfeita harmonia entre o estudo e a prática clínica.

Durante todo este tempo fui crescendo em nível de conhecimento, integração no trabalho, organização, responsabilidade e comprometimento, e de maneira acertada fui me inserindo dentro do sistema de saúde identificando, com a realização da análise situacional, as principais dificuldades de nossa USF para posteriormente escolher um foco de intervenção a ser implementado, como ponto de partida para a solução dos demais problemas. Tudo isso sem deixar de reconhecer o importante apoio de nossos orientadores, que com a suas dicas e ajuda sistemática não poderia ter realizado este trabalho. Inicialmente acreditei que o nosso principal trabalho a desempenhar era na unidade de saúde, mas com este curso além do trabalho prático foi possível uma atualização constante de conhecimentos imprescindíveis para um bom e acertado desenvolvimento de minhas funções.

Como elementos relevantes neste processo de aprendizagem, foi muito produtivo o trabalho e a utilização dos protocolos de saúde, a participação nos fóruns de saúde coletiva e da prática clínica, o estudo de casos clínicos fornecidos pela Universidade, a realização de revisões bibliográficas sobre temas com maior dificuldade, que acrescentaram um melhor conhecimento e abordagem dos diferentes problemas de saúde da população atendida. Em relação ao trabalho na USF, este constituiu uma oportunidade de realizar ações em conjunto entre equipe, gestores e comunidade sendo uma experiência única, assim como poder sentir a utilidade das atividades desenvolvidas com a melhoria da saúde das pessoas atendidas. Resultou gratificante sentir o reconhecimento pessoal e coletivo a nosso trabalho por parte de cada usuário, líder comunitário e gestor, o logro de ter podido ordenar o trabalho com este foco de intervenção permitiu ter um maior controle dos atendimentos, do registro das informações, e uma adequada utilização do tempo. Teve a oportunidade de implementar novas ações de saúde, desde o acolhimento até a visita domiciliar de maneira integrada e sistemática para a resolutividade dos problemas identificados.

Essa especialização não foi útil somente para o médico do PMMB foi também para todos os integrantes da equipe, pois com a realização do curso foi se integrando conhecimento e trabalho o que permitiu trabalhar de maneira unida em função de objetivos e metas comuns, uma melhor organização das ações de saúde, um maior engajamento pessoal, da equipe, dos usuários e a comunidade com nosso trabalho abrindo o caminho para continuar trabalhando em novos focos de intervenção na melhoria da saúde do povo brasileiro, com impacto positivo em seus indicadores.

O curso possibilitou implementar uma intervenção que foi integrada a nosso serviço e que continua sendo aperfeiçoada, abrindo as portas para realizar o mesmo trabalho com todos os programas de saúde da atenção básica em nosso território.

Referências

1. VICENTE, Ângela Maria; BARTHLOW, Bruce Duncan; SERRA, Caren Bavaresco. Cadernos de Atenção Básica, n. 37: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. Brasil. 2013,128 p.
2. Brasil. IBGE Instituto Brasileiro de geografia e estadística 2013, disponível em: <http://ibge.gov.br/cidadesat/xtras/perfil.php?lang=ES&codmun=431950>. Acesso em: 21 de maio 2014.
3. VICENTE, Ângela Maria; D'AGORD Beatriz Schaan; GARAY Betina Terra. Cadernos de Atenção Básica, n. 36: Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus, Brasil. 2013.160 p.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

Eu, Odalys Lago Carballea, medica especialista em Medicina Geral Integral, na Unidade Básica de Saúde (UBS), Conceição, do Município São Sebastião do Cai. RS, com o registro medico de RS-4300552 e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

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

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

Nome

Contato:

Telefone: (51) 80302606, 81926017

Endereço Eletrônico: cochohernandez60@gmail.com

Endereço físico da UBS: UBS "Conceição: Endereço: Rua Dona Vicentina N0 111

Endereço de e-mail do orientador: ernande.prado@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante