

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes
Mellitus na UBS do Bote, Herval/RS**

Dayana Navarro Ramirez

Pelotas, 2016

Dayana Navarro Ramirez

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBS do Bote, Herval/RS

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

Orientadora: Suame Cristine Melo Freitas

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R173m Ramírez, Dayana Navarro

Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBS do Bote, Herval/RS / Dayana Navarro Ramírez; Suame Cristine Melo Freitas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

69 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Freitas, Suame Cristine Melo, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

No percurso que me conduziu até o fim deste trabalho, senti-me, muitas vezes, como um viajante em um mundo desconhecido. Reencontre o caminho por meio do que aprendi com meus pais: com meu pai, a dedicação ao trabalho; com minha mãe, como enfrentar as diversidades da vida.

Agradecimentos

A Deus, quando algumas vezes, sentindo-me perdida em meus objetivos, me fez vivenciar a delícia de me formar.

Ao poderoso time de mulheres que é fonte constante de força e apoio: Caroline Araujo, Aninha Silva e Silva, Ingrid Moller, Mara Vitória, Denise Silveira, Ileana Ferrer, Yamile Rodriguez, Sandra Milena Coronel Gonzalez, Claudia Ribeiro.

Aos homens maravilhosos que sempre me apoiaram: Luis Alejandro Valdés López, Emir Migoya, Yoel Torres e Francisco Drummond.

A meu irmão amado e minha amada avó que a pesar de estar distante sempre tive seu apoio.

A meus pais adotivos que me acolheram incondicionalmente, Tânia Dutra e Ildo Sallaberry.

Ao meu noivo e melhor amigo, Rodrigo Fett, que é meu impulsor.

Um agradecimento especial a minha amiga Janise Montanari, que além de seu carinho, me ajudou durante todo o percurso de meu curso, compreendendo-me, ensinando-me para que eu conquistasse um lugar ao sol.

As minhas orientadoras Suame Freitas e Lavinia Boaventura pela paciência e dedicação.

Aos meus pacientes pela compreensão e carinho, pois sem eles não seria possível este trabalho.

Aos colegas da equipe pelo comprometimento ao nosso trabalho.

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

Muito obrigada a todos vocês por fazerem com que mais esta jornada valha à pena.

Resumo

NAVARRO, Dayana Ramirez. **Melhoria da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na UBS do Bote, Herval/RS**. 2016. 68f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2016.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças crônicas com alta incidência e prevalência em nossa população. São enfermidades associadas a pessoas idosas, mas ultimamente a HAS tem sido diagnosticada em jovens, normalmente relacionada com estilo de vida inadequado, maus hábitos alimentares, alcoolismo, tabagismo, obesidade e sedentarismo. Sendo a Estratégia de Saúde da Família o ponto chave para melhorar adesão do usuário ao tratamento e consequente controle de sua doença, nosso objetivo com uma intervenção foi a melhoria da atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus da área de abrangência da UBS do Bote, no município de Herval/RS. Para realizar a intervenção no programa aos hipertensos e diabéticos, adotamos os Cadernos de Atenção Básica nº 37 - Hipertensão Arterial Sistêmica- do Ministério da Saúde de 2013 e Cadernos de Atenção Básica nº 36 – Diabetes Mellitus - do Ministério da Saúde de 2013. Utilizamos a ficha-espelho do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos, fornecida pela Universidade Federal de Pelotas/Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde. O trabalho foi realizado a partir de quatro eixos pedagógicos: o monitoramento e avaliação, a organização e gestão de serviço, o engajamento público e a qualificação da prática clínica. Ao longo de 12 semanas de intervenção cadastramos 391 (85,2%) pessoas com hipertensão e 88 (100%) pessoas com diabetes. A intervenção na UBS propiciou a ampliação da cobertura da atenção, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque da participação multiprofissional para a classificação de risco de ambos os grupos. Garantimos 100% de prescrição de medicamentos da farmácia popular e em relação às ações de promoção de saúde foi possível realizar orientações sobre atividade física, alimentação saudável e riscos do tabagismo a todos os usuários.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....	45
Figura 2	Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	46
Figura 3	Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS de Bote, Herval/RS, 2015.....	47
Figura 4	Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS de Bote, Herval/RS, 2015.....	48
Figura 5	Gráfico da Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na UBS de Bote, Herval/RS, 2015.....	50
Figura 6	Gráfico da Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na UBS de Bote, Herval/RS, 2015.....	51
Figura 7	Gráfico da Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na UBS de Bote, Herval/RS, 2015.....	52

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária à saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
AVE	Acidente Vascular encefálico
CA	Câncer
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
DST	Doença sexualmente transmissível
DM	Diabetes Mellitus
EAD	Ensino a distância
ECM	Exame clínico das mamas
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HPV	Human Papiloma Vírus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	18
2 Análise Estratégica	19
2.1 Justificativa.....	19
2.2 Objetivos e metas.....	20
2.2.1 Objetivo geral.....	20
2.2.2 Objetivos específicos e metas	20
2.3 Metodologia.....	22
2.3.1 Detalhamento das ações	22
2.3.2 Indicadores	31
2.3.3 Logística.....	38
2.3.4 Cronograma	40
3 Relatório da Intervenção.....	42
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	42
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	44
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	45
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	45
4 Avaliação da intervenção.....	46
4.1 Resultados	46
4.2 Discussão.....	55
5 Relatório da intervenção para gestores	57
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	60
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	62
Referências	63
Apêndices.....	Erro! Indicador não definido.
Anexos	64

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade Educação a Distância (EAD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo com o objetivo de fazer uma ação de intervenção na saúde dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus acompanhados na UBS do Bote no município do Herval/RS.

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

Finalizando o volume, estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho. O curso de especialização em Saúde da Família teve seu início no dia 13 de junho de 2014, com a semana de ambientação, sua finalização ocorre agora, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho em Herval/RS, o setor de agropecuária é o mais importante do município, tem uma população de 6.969 habitantes (IBGE2013).

O município possui três ESF com 100% de cobertura, e todas atendem zona rural e urbana. Atendemos diariamente no Centro Municipal de Saúde e uma vez na semana realizamos atendimento na zona rural. Nossa sede própria atualmente passa por reformas e fica situada no interior do município, UBS do Bote. Na zona urbana, sou responsável pelo acompanhamento de três microáreas, nas quais faço visitas domiciliares uma vez por semana, acompanhada pelo agente comunitário de saúde (ACS). Também realizo visitas domiciliares institucionais duas vezes por mês no Lar do idoso e no Centro Espírita Lobo da Costa aos moradores desta microárea, onde fazemos grupos com conversas educativas.

Além disso, faço atendimento e visitas domiciliares nas comunidades do interior do município que são muito distantes uma das outras. Que por sua vez, os atendimentos, são de demanda espontânea. Assim sendo, a população não é a mesma em nenhuma delas. Os atendimentos na cidade são programados, com consulta agendada pelos agentes comunitários de saúde e técnica de enfermagem.

Podemos destacar que existe dificuldade para os pacientes que moram no interior/zona rural do município ter acesso a UBS devido a longa distância e as condições climáticas que dificultam o acesso. Pela mesma razão os pacientes têm dificuldades em marcar e fazer qualquer tipo de transferência de consulta, pois eles devem ir um dia a cidade para marcar, outro dia para levantar a data e outro dia para fazer a consulta, e assim a demora às vezes é muito grande. Com a conseguinte demora no diagnóstico e no início do tratamento.

Tudo isto gera uma dificuldade na aplicação dos princípios básicos do SUS: universalidade, integralidade, descentralização, hierarquização, equidade, resolubilidade e participação social.

A Estratégia de Saúde da Família favorece a formação de vínculo entre profissionais e a população assistida. A clientela é avaliada individualmente e também de forma contextual, ou seja, inserida em uma família, em determinada comunidade em um território definido, com suas próprias características geográficas e sócio políticas.

Por isso tenho muita expectativa com o curso, pois vai me dar ferramentas e conhecimentos para poder aplicar estes princípios da Atenção Primária.

A atenção primária à saúde (APS) é a “porta” de entrada do sistema de saúde e deve ter como características: a utilização equitativa dos recursos em saúde, o atendimento integral e o fácil acesso à população (Starfield, 2002)”

“A Saúde da Família se constitui na estratégia fundamental para a implantação deste modelo de atenção, que beneficia a sociedade, a família e o cidadão. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), implantada para reorientar a atenção primária à saúde sob os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS)... I (Facchini et. al., 2006).

Sendo claro que para aplicar estes objetivos necessitamos de profissionais capacitados, não só na medicina clínica, mas também nas áreas de saúde social, e gestão em saúde, metas que esperamos atingir no decorrer do curso, sendo cada dia melhores na temática.

Além disso, o trabalho em equipe é indispensável, por isso é de muita importância ter todos os profissionais e os responsáveis da saúde de cada Município de fornecer os meios para o correto exercício da medicina, com conhecimento nestes temas.

Desta forma poderemos trabalhar com a certa autonomia que o curso propõe, e conseguiremos implementar mudanças na UBS de atuação de cada um, para o qual requeremos conhecimentos e flexibilidade da equipe em sua totalidade.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Trabalho no município de Herval/RS, na UBS do Bote, situada no interior do município. Na zona urbana, sou responsável pelo acompanhamento de três

micro áreas, nas quais faço visitas domiciliares uma vez por semana, acompanhada pelo agente comunitário de saúde (ACS). Também realizo visitas domiciliares institucionais duas vezes por mês no Lar do idoso e no Centro Espírita Lobo da Costa aos moradores deste micro área, onde fazemos grupos com conversas educativas. Não tem acesso a exames complementares, tem que transferir para outro município para fazer e às vezes é demorado, dificultando nosso trabalho.

Em nosso município só contamos com as especialidades básicas (Medicina Interna, Pediatria, Ginecologia) que prestam um bom serviço, o resto das especialidades, temos que encaminhar o paciente a outros municípios que ficam muito longe a mais de 100 km, e as listas de espera para algumas especialidades pode ser de até 1 ano, consideramos um maltrato para os pacientes e uma violação dos princípios do SUS . Não contamos com serviço de Pronto Socorro, nem NASF, nem CEO em nosso município.

A UBS fica na zona urbana, o modelo de atenção é ESF, tem três equipes de saúde da família que esta integrada por: médico licenciado em enfermagem, técnico em enfermagem, odontólogo, técnico de odontólogo e agentes de saúde.

Nossa Unidade Básica de Saúde foi construída para ser uma UBS, não são desenvolvidas atividades de ensino, sua estrutura física tem boas condições, mas existem algumas deficiências que dificultam o desenvolvimento do trabalho, por exemplo: as barreiras arquitetônicas. A falta de corrimãos na escada e corredor foi um problema encontrado; quanto aos banheiros não existe identificação de gênero, o desnível da calçada do prédio não permite o deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes e idosos. Devido a estas dificuldades, estamos impedindo o exercício básico dos direitos de qualquer cidadão, o de deslocar-se livremente, neste sentido, devemos identificar nesses locais as adaptações necessárias no ambiente que garantam a acessibilidade livre e sem dificuldades extras.

As portas não são com maçaneta de alavanca. As janelas são de ferro, mas não tem telas mosquiteiras. Os lavatórios e/ou pias não possuem torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos. Existe sinalização visual dos ambientes que permite a comunicação através de textos, mas não através de figuras, caracteres em relevo (visual), Braille ou figuras em relevo (táctil) e recursos auditivos (sonora). Não existe sala para arquivos de prontuários, eles são guardados no consultório médico, devido esta unidade não ser somente ESF. Não existe sala

específica para Agentes de Saúde, é utilizado o mesmo espaço da sala de reuniões, a farmácia não possui peça para estoque dos medicamentos, ficam em prateleiras no próprio ambiente.

Na UBS existe uma única sala onde realizam: procedimentos, nebulização e curativos; e não separadamente como prevê no questionário.

Por isso nós trazemos estratégias para diminuir estas deficiências, por exemplo: colocar corrimãos na escada, corredores e banheiro; substituir as torneiras; instalar a sinalização visual e sonora para deficientes (táctil); ver a possibilidade de pavimentação de calçadas ao entorno da UBS; colocar sinalização nos banheiros quanto ao gênero, entre outros. Existe um projeto arquitetônico para adequar o espaço da UBS. Vai ser construído espaço para organizar o arquivo morto, estoque da farmácia, almoxarifado, sala de reuniões. Estas limitações não são um problema para o atendimento da população, mas causam alguns transtornos para pessoas deficientes.

As Atribuições dos Profissionais em nossa equipe tem limitações, porque nem todos participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, exemplo: odontólogo e técnico de consultório dentário, porque eles atendem qualquer área, não realizam busca ativa de pacientes faltosos afetando diretamente o meu trabalho porque podem ajudar o diagnóstico precoce de alguma doença e realizarem ações de educação em saúde para o maior controle.

Nossa área de abrangência possui uma população de 2.054 habitantes, distribuídos da seguinte forma: mulheres em idade fértil (10-49 anos) 637, mulheres entre 25 e 64 anos: 566, mulheres entre 50 e 69 anos: 212, gestantes na área - 1,5% da população total: 30,81, menores de 1 ano: 25, menores de 5 anos: 50, pessoas de 5 a 14 anos: 305, pessoas de 15 a 59 anos: 1344, pessoas com 60 anos ou mais: 280, pessoas entre 20 e 59 anos: 1176, pessoas com 20 anos ou mais: 1456, pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão: 459, pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes: 131.

A UBS trabalha de maneira contínua dois turnos, manha e tarde, no horario das 8:00h as 12:00h e das 13:00h as 17:00h, de segunda a sexta-feira, não trabalhamos nos finais de semana. O acolhimento do usuário é realizado na recepção e na sala de enfermagem, através de procedimentos essenciais. Por não ter uma sala especifica e uma equipe oficial para realizar o acolhimento, é realizada

pelos profissionais da unidade, como a recepcionista, os técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, enfermeiros, odontólogos, auxiliares de consultório dentário, ACS e pelos funcionários da área administrativa e consiste mais em práticas concretas do que teóricas.

Em nossa unidade o acolhimento é feito pela equipe de referência juntamente com a equipe de atendimento do dia. É realizado diariamente e em todos os turnos de atendimento, escutando as necessidades dos usuários, com um tempo de 5 a 10 minutos, já que a demanda de usuários é muito grande pela localização geográfica central da unidade.

Devemos considerar ainda, que a equipe conhece e utiliza a avaliação e classificação do risco biológico e da vulnerabilidade social para definir e encaminhar a demanda de usuários.

Sobre o atendimento à demanda de usuários com problemas de saúde agudos que necessitam de atendimento no dia e imediato/prioritário, conclui-se que, é hábito dos usuários da nossa unidade, solicitar consultas para este tipo de atendimento ao enfermeiro.

Entretanto, os problemas de saúde que são atendidos pelos enfermeiros – como, por exemplo: cefaléia, diarreia e febre – passam por uma avaliação de caso, sendo que os referidos profissionais prescrevem os medicamentos estabelecidos pelo programa de saúde da família, caso seja necessário. Se não for resolvido, o enfermeiro encaminha o paciente para o médico ou outro profissional especializado.

Além disso, os atendimentos imediatos e prioritários são resolvidos em menos de 30 minutos.

Quanto ao funcionamento do sistema, nota-se que o usuário tem conhecimento de que a porta de entrada do SUS é a UBS e que pode contar com a unidade para acompanhamento de sua saúde e de sua família. Com isso, é possível projetar e planejar a melhora na qualidade do trabalho das equipes.

Na UBS, também ocorre de os usuários solicitarem consultas para o dentista quando estão com problemas de saúde agudos, bem como quando necessitam de atendimento imediato ou prioritário e, nestes casos, a espera é de menos de 30 minutos.

Destaca-se que, a UBS não oferece serviço de prótese dentária e o serviço odontológico especializado é limitado, realizando-se apenas o tratamento básico de extração, restauração e limpeza, além das orientações de escovação e tratamento

preventivo com a aplicação de flúor.

Assim, os usuários que solicitam serviços especializados, como tratamento de canal e cirurgias, precisam ser encaminhados ao CEO.

A unidade realiza atendimento de puericultura para todos os grupos etários: menores de 12 meses, de 12 a 23 meses e de 24 a 72 meses. Nosso serviço adota um protocolo do ministério da saúde, não realiza monitoramento regular das ações, o que dificulta a realidade da qualidade do serviço prestado.

Cabe salientar que, para ampliar a cobertura de 92%, e melhorar a qualidade da atenção à Saúde da Criança em nossa UBS, seria preciso melhorar vários aspectos de trabalho, como por exemplo: realizar atividades mensalmente com grupo de mães de crianças da puericultura, no âmbito da unidade, ministrando palestras sobre a importância do aleitamento materno, dos cuidados do recém-nascido, do crescimento e desenvolvimento da criança, com dicas de alimentação saudável, saúde bucal e ressaltando a importância da consulta agendada, entre outros.

Ainda, os profissionais que se dedicam à avaliação e ao monitoramento do Programa de Puericultura deveriam realizar reuniões reiteradas e, assim, debater sobre as crianças que faltam às consultas programadas e, que foram visitadas pelos agentes de saúde a fim de conhecer a causa de sua ausência.

Ressalta-se ainda que, os atendimentos da puericultura das crianças são registrados no prontuário clínico, no formulário especial da puericultura, na ficha de atendimento odontológico e na ficha de vacinas. Porém, não há ficha de atendimento nutricional e não existe arquivo específico para os registros dos atendimentos da puericultura, que deveriam ser revisados mensalmente, verificando-se as crianças faltosas, a completitude de registros e as vacinas, identificando-se, assim, as crianças em risco, bem como a qualidade do programa para saúde da criança, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Referente à saúde da criança podemos afirmar que 57% das crianças estão com consulta em dia de acordo com o protocolo, 43% apresentam atraso na consulta agendada em mais de sete dias, 100% das crianças realizaram o teste do pezinho até sete dias, 43% realizaram a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida, 13% fizeram avaliação de saúde bucal, 100% das crianças estão com monitoramento do desenvolvimento na última consulta, vacinas

em dia, orientação para aleitamento materno exclusivo e orientação para prevenção de acidentes.

Na realidade que se apresenta, se faz necessário melhorar a atenção ao pré-natal, o total de gestantes acompanhadas na UBS é somente 13 (42%), nossa equipe precisa melhorar o acompanhamento das gestantes, o responsável pelo planejamento da gestão e coordenação do programa de pré-natal, assim como da realização das avaliações, não tem realizado reuniões com os profissionais para organização deste tipo de serviço, por isso, considero que se houvesse interesse na realização de uma gestão e monitoramento das gestantes, haveria a possibilidade de melhorar e otimizar o procedimento de pré-natal. Quanto aos indicadores do pré-natal temos 85% de gestantes que iniciaram no 1º trimestre, 69% com consulta em dia de acordo com o calendário, 100% com solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados, 100% com vacina antitetânica e hepatite B conforme protocolo, 100% com prescrição de suplementação de sulfato ferroso, 15% com exame ginecológico por trimestre e 100% com orientação para aleitamento exclusivo.

Portanto, acredito que é muito importante realizar atividades com grupos de gestantes diretamente na UBS, a fim de proporcionar o acesso às informações necessárias durante o período gestacional e puerperal, bem como, integrar as atividades de grupo de gestantes com outros profissionais, como psicólogos, nutricionistas e fisioterapeutas.

Em relação á prevenção do câncer de colo de útero, a estimativa é de 566 mulheres na faixa etária entre 25 e 64 anos e destas 100% são acompanhadas na UBS, 41% estão com exame citopatológico em dia, 84% apresentam avaliação de risco para câncer de colo de útero, 84% receberam orientação sobre DSTs e prevenção de CA de colo de útero e 41% apresentaram exames coletados com amostra satisfatória.

Em relação à prevenção ao câncer de mamas há uma estimativa de 212 mulheres na faixa etária entre 50 e 69 anos e só 122 (75%) com mamografia em dia, 9% com mais de 3 meses em atraso, 85% com avaliação de risco para câncer de mama e orientação sobre prevenção do câncer de mama.

É de se considerar que, vários aspectos do processo de trabalho poderiam ser melhorados, de forma a contribuir para ampliar a cobertura e

aperfeiçoar a qualidade do Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mamas em nossa UBS, como por exemplo: realizar atividades com grupos de risco, falar sobre o controle do tabagismo – que pode ajudar a minimizar o risco de câncer do colo do útero – e fazer palestras sobre contágio pelo HPV, que é, sem dúvidas, uma das causas de câncer do colo do útero e que se pode evitar usando preservativos. E conversar sobre como reconhecer sintomas e sinais suspeitos do câncer de mamas e explicar sobre a importância da mamografia e o exame clínico das mamas (ECM), que são os métodos utilizados para o rastreamento de câncer de mama na rotina de atenção integral à saúde da mulher.

Assim, deveríamos fazer reuniões com maior frequência, para que todos os membros da equipe participem e possam, assim, planejar e coordenar o programa e fazer uma melhor avaliação e monitoramento para que, não só sejam registrados os atendimentos em livro de registro e formulário especial para citopatológico e mamografia como também em prontuário clínico e que seja revisado periodicamente a fim de que se possa ter melhor controle das mulheres com exame atrasado e com exame alterado e, também, se possa melhor avaliar a qualidade do programa. Deveríamos, também, utilizar estratégias para não perder o seguimento de mulheres com exame alterado, fazendo uma atenção multidisciplinar especializada e para que recebam cuidados em um ambiente hospitalar que acolha suas expectativas e respeite sua autonomia, dignidade e confidencialidade.

Os profissionais de saúde da nossa UBS utilizam protocolos para o atendimento de pacientes com DM e HA, por isso as ações da atenção aos hipertensos e diabéticos estão estruturadas de forma programática, ainda não conta com registro específico, mas estamos trabalhando em sua confecção. Realiza-se monitoramento das ações programadas. Temos uma estimativa de 459 pacientes maiores de 20 anos portadores de hipertensão sendo a mesma quantidade de pacientes cadastrados na UBS, quanto aos diabéticos temos uma estimativa de 131 pacientes, estão cadastrados 87 (66%) conforme dados do sistema de informação da atenção básica (SIAB) e não temos informações sobre exames complementares e consultas em dia.

Vários aspectos podem ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à DM e HA em minha UBS, por exemplo: devemos realizar mais ações no cuidado aos adultos sobre diagnóstico e tratamento do alcoolismo e do tabagismo, fazer com maior frequência grupos de

adultos com DM e HA para discutir temas sobre a prática de atividade física lembrando que essa orientação sempre deve vir acompanhada de orientação nutricional. Nossa equipe realizou uma palestra junto com a nutricionista onde falamos de alimentação saudável em pacientes diabéticos e HA.

Outro tema a discutir é a assistência dos pacientes a consulta de odontologia, a conservação da saúde bucal é de fundamental importância porque a presença de infecções agudas e condições inflamatórias podem aumentar a glicose. Faz pouco tempo que mudou no prontuário de odontologia, sendo identificados agora os pacientes com doenças crônicas. A prevenção da ocorrência de ulcerações nos pés em pacientes diabéticos e/ou sua identificação precoce é de vital importância.

Cabe salientar que, nossa equipe é responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas, a estimativa é de 280 pacientes maiores de 60 anos residentes em nossa área de abrangência e coincide com a mesma quantidade de pacientes cadastrados no programa de atenção ao idoso, incluindo um lar de idosos (Associação Beneficente Diva Tavares Nunes), na qual são realizadas visitas presenciais duas vezes por mês, além de consultas a todos os idosos lá residentes, em que se realizam atividades de promoção com os cuidadores para lhes instruir a diminuir as barreiras arquitetônicas do local, de forma a facilitar o acesso dos idosos. Utiliza-se protocolo para o atendimento dos idosos.

Além disso, realizamos atividades de grupo na associação bairro/comunitária, das quais participam todos os profissionais, inclusive nutricionista, onde abordamos vários temas, como por exemplo: alimentação saudável, atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbidade e mortalidade por acidentes de trânsito, saúde bucal, entre outros.

Ressalta-se que, a Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa também é um instrumento valioso que auxilia na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Para os profissionais de saúde, possibilita ainda, o planejamento, a organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. E, para as pessoas idosas, é um instrumento de cidadania, com o qual poderá portar informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde, sendo utilizadas as mesmas na UBS para o seguimento do idoso.

Podemos realizar várias estratégias em nossa UBS para melhorar o seguimento dos idosos, por exemplo, fazendo uma síntese da estrutura da avaliação multidimensional de toda pessoa idosa e assim identificar problemas de saúde condicionante de declínio funcional em pessoas idosas, conseguir a assistência de todos os idosos a atividades de promoção.

Ao concluir o relatório da análise situacional, reforço as dificuldades encontradas em meu serviço, entre elas algumas deficiências que dificultam o desenvolvimento do trabalho, por exemplo: as barreiras arquitetônicas as quais serão feitas as adaptações necessárias para garantir a acessibilidade livre e sem dificuldades. Outra falha importante que deve ser trabalhada é ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à pacientes hipertensos e diabéticos, realizando atividades mensalmente com grupo, e fazendo a busca ativa dos faltosos a consultas.

O trabalho realizado pela equipe tem um impacto positivo na melhoria da qualidade de vida da população e vem sendo reconhecido em reuniões pela secretaria de saúde e também pela prefeitura município.

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

A situação da ESF/APS em meu serviço no momento atual tem algumas diferenças em relação ao início do curso, fundamentalmente no funcionamento mesmo dela, pois agora a interação com a população é muito consolidada, ganhamos em confiança, prestígio de nosso trabalho, além que conseguimos formar os grupos de HAS/DM, gestantes, criança, idosos.

Os pacientes com doenças crônicas buscam atendimento e fazem acompanhamentos na UBS como é indicado. Temos que trabalhar mais nos acompanhamentos do pré-natal e puericultura, na pesquisa do câncer de colo de útero e mama, embora falte muito por fazer, no futuro nosso trabalho seguirá consolidando-se, para poder alcançar todos os objetivos propostos no curso de especialização.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O foco de intervenção selecionado pela nossa equipe de trabalho foi a atenção ao usuário portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), porque verificamos que a maioria dos hipertensos e diabéticos, em todos trabalhos publicados não apresenta aderência à medicação e a dieta, pois a maioria não sabe as consequências de não controlar, adequadamente, a hipertensão e o diabetes que são doenças silenciosas, e muitas vezes, o primeiro sintoma é a própria complicação, isto é, um infarto do miocárdio extenso e fatal, por exemplo seguido de taquicardia ventricular, fibrilação ventricular e morte ou um AVC levando a paresia de um hemicorpo, limitando o paciente ao leito.

Nossa área de abrangência possui uma população de 2.054 habitantes, destes 459 tem HAS, e 87 apresentam DM tipo 2 e um número menor de diabéticos insulino dependentes que, são o diabéticos tipo 1, que, não puderam ser controlados com antidiabéticos orais e dieta hipoglicêmica. Nossa equipe de ESF está composta por: médica, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, dentista, uma auxiliar de consultório odontológico e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Como pontos positivos destacaram em nossa UBS, o fato de contarmos com uma equipe completa com os recursos humanos necessários para desenvolver um trabalho adequado e correto frente às necessidades da população, além de equipamentos, ambulância e acessibilidade ao posto de saúde.

A HAS e a DM são doenças crônicas que tem alta incidência em nossa área de saúde, são enfermidades associadas a pessoas idosas, mas ultimamente a HAS tem sido diagnosticada em jovens relacionado com hábitos culturais arraigados de comer carne gorda e salgada. Por outro lado, a hipertensão arterial, o diabetes tipo 2 e o seu fator em comum que é a aterosclerose são

doenças silenciosas. Detectamos, por conseguinte, que havia uma falha na educação dos pacientes, que, se alimentam mal e não tem consciência do risco de não tomar a medicação e realizar a dieta prescrita.

Nosso desafio é realizar educação em saúde com a população e mudar hábitos culturais prejudiciais á saúde dos mesmos, fazendo os pacientes compreenderem porque devem seguir a dieta prescrita e usar os medicamentos para o controle da hipertensão arterial e diabetes tipo 2, evitando suas complicações, isto é, infarto agudo do miocárdio, AVE, insuficiência renal crônica, retinopatia diabética, amputação de extremidades e morte.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus na UBS do Bote.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

Meta 1.1- Ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos para 100 %.

Meta 1.2- Ampliar a cobertura da atenção aos diabéticos para 80 %.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

Meta 2.1- Realizar exame clínico apropriado a 100% dos pacientes com HAS.

Meta 2.2- Realizar exame clínico apropriado a 100% dos pacientes com DM.

Meta 2.3- Garantir a realização de exames complementares a 100% dos pacientes com HAS.

Meta 2.4- Garantir a realização de exames complementares a 100% dos pacientes com DM

Meta 2.5- Realizar avaliação Odontológica a 100% dos pacientes com HAS.

Meta 2.6- Realizar avaliação Odontológica a 100% dos pacientes com DM.

Meta 2.7- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos.

Meta 2.8- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.

Meta 3.1- Buscar 100% dos pacientes faltosos á consulta com HAS de nossa área de abrangência.

Meta 3.2- Buscar 100% os pacientes faltosos á consulta com DM de nossa área de abrangência.

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações dos hipertensos e diabéticos.

Meta 4.1- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos pacientes com HAS cadastrados na UBS.

Meta 4.2- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos pacientes com DM cadastrados na UBS.

Objetivo 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1- Realizar estratificação do risco cardiovascular a 100% dos pacientes com HAS cadastrados na UBS.

Meta 5.2-Realizar estratificação do risco cardiovascular a 100% dos pacientes com DM cadastrados na UBS.

Objetivo 6- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos da área de abrangência.

Meta 6.1- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos pacientes com HAS.

Meta 6.2- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos pacientes com DM.

Meta 6.3- Garantir orientação em relação a prática de exercícios físicos a 100% dos pacientes com HAS.

Meta 6.4- Garantir orientação em relação a prática de exercícios físicos a 100% dos pacientes com DM.

Meta 6.5- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes com HAS.

Meta 6.6- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes com DM.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) do Bote do município do Herval/RS. Participarão da intervenção pacientes hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos, pertencentes a área de abrangência da UBS. Serão utilizados os Cadernos de Atenção Básica nº 36 - Diabetes Mellitus - do Ministério da Saúde de 2013 e o Caderno de Atenção Básica nº 37 - Hipertensão Arterial Sistêmica - do Ministério da Saúde 2013.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura para hipertensos e diabéticos.

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

Ações

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Detalhamento: Através da ficha-espelho do paciente o médico e o enfermeiro farão o monitoramento semanal dos cadastros.

Organização e gestão do serviço:

-Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa através de formulários especiais elaborados pela equipe e preenchidos pelo profissional que realizar o atendimento aos pacientes, sendo que, tais formulários devem ser anexados à pasta do paciente.

-Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e diabetes.

-Garantir material adequado para a tomada da medida de pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Engajamento público:

-Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Para isto podemos fazer uma divulgação através dos agentes de saúde e também divulgar informativos nas rádios do município.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente. Através dos grupos de saúde, organizados por um enfermeiro, um médico e ACS nas comunidades, nas consultas e na triagem de enfermagem.

-Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm/Hg.

-Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Isto poderá ser feito, tanto nos grupos de saúde quando nas visitas domiciliares, bem como nas consultas de triagem de enfermagem, pelos ACS, pelo médico e pelo enfermeiro.

Qualificação da prática clínica

-Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

-Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mm/Hg.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção à hipertensos e diabéticos.

Meta 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e 80% dos diabéticos.

Meta 2.2. Garantir a realização de exames complementares em dia, de acordo com o protocolo, aos 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Meta 2.3 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Meta 2.4 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Ações

Monitoramento e avaliação:

-Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos. Esta ação será feita pelo médico.

-Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde, através de um registro que será feito pelo médico para controlar os pacientes que serão indicados os exames.

-Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Através da orientação aos pacientes para aquisição gratuita dos medicamentos necessários ao tratamento da doença, com o cadastro nas farmácias populares e na farmácia do posto de saúde do município. Essas orientações deverão ser prestadas pelo enfermeiro, pelos ACS e pelo médico, nas consultas, na triagem de enfermagem, nas visitas domiciliares e nos grupos de hipertensos.

-Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico. Essas atividades serão feitas pelo enfermeiro, os agentes comunitários de saúde, e o médico, através de perguntas diretas nas consultas, na triagem de enfermagem e nas visitas domiciliares.

Organização e gestão dos serviços

-Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos. Na triagem de enfermagem, o enfermeiro vai fazer a tomada dos sinais vitais e, o resto do exame clínico, será feito pelo médico nas consultas e nas visitas domiciliares.

-Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Essa capacitação será realizada pelo enfermeiro aos ACS, com prévia coordenação entre o enfermeiro e o médico na preparação dos temas a discutir.

-Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. As atualizações dos profissionais de saúde serão feitas na primeira semana de cada mês.

-Disponibilizar versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde.

-Garantir a solicitação dos exames complementares, que serão feitos pelo médico nas consultas médicas e visitas domiciliares, com o material adquirido através da Secretaria de Saúde do município.

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

-Estabelecer sistemas de alerta dos exames complementares preconizados.

-Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos. O que deverá ser realizado pelo farmacêutico do posto de saúde, mensalmente.

-Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Os registros dos medicamentos da farmácia são realizados pelo farmacêutico e supervisionados pelo enfermeiro.

-Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. O que será feito através do exame físico realizado nas consultas médicas e nas visitas domiciliares, pelo enfermeiro e o médico.

Engajamento público.

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

-Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

-Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados os exames complementares.

-Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos na Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Essas informações serão fornecidas aos pacientes nas consultas médicas, na triagem de enfermagem, nas visitas domiciliares e nos grupos.

-Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos. Essa informação será fornecida aos pacientes nas consultas médicas, na triagem de enfermagem, nas visitas domiciliares e nos grupos.

Qualificação da prática clínica.

-Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, realizado pelo enfermeiro e pelo médico.

-Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Os exames complementares são realizados pelo médico, que orientara a equipe de trabalho para instruir aos pacientes sobre a frequência ea importância de realizar os exames complementares.

-Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes. Através de capacitações mensais dos agentes comunitários de saúde e do enfermeiro.

- Capacitar a equipe para orientar os pacientes sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Nas reuniões realizadas pelo enfermeiro, este devera orientar os agentes comunitários de saúde sobre as alternativas para obter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

-Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. Nas reuniões mensais dos ACS, o médico e dentista capacitaram a equipe de trabalho com respeito a necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 3 Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação.

-Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de consulta em dia. Uma vez que ao iniciarmos o atendimento planejado aos pacientes hipertensos e diabéticos pertencentes a nossa UBS o cumprimento da periodicidade das consultas deverá ser monitorado pelo medico da equipe de trabalho.

Organização e gestão do serviço.

-Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Através das reuniões da equipe, o enfermeiro organizará e orientará aos ACS, os pacientes faltosos, para que orientem a importância de ter um acompanhamento adequado para essa doença.

-Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Essa tarefa será realizada pelo enfermeiro da equipe de trabalho.

Engajamento público

-Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. As orientações serão informadas nas consultas médicas, nas consultas de enfermagem, nas visitas domiciliares, nos grupos de hipertensos. Por todos os integrantes da equipe de trabalho.

-Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos). Essas ações vão ser realizadas por toda a equipe de trabalho.

-Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. As orientações serão dadas por todos os integrantes da equipe de trabalho, nas consultas, na triagem de enfermagem, nas visitas domiciliares e nos grupos de hipertensos e diabéticos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA.

-Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto à realização das consultas e sua periodicidade. A capacitação será feita pelo médico da equipe de trabalho a todos os integrantes da equipe de trabalho em cada uma das reuniões.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde

Ações

Monitoramento e avaliação.

-Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Essas atividades vão ser realizadas pelo enfermeiro, mensalmente.

Organização e gestão dos serviços.

-Manter as informações do SIAB atualizadas. Essas informações serão registradas e atualizadas pelo enfermeiro, a cada 15 dias.

-Implantar a ficha de acompanhamento. As fichas de atendimentos serão feitas pelo recepcionista da UBS.

-Pactuar com a equipe no registro das informações. Os registros de informações vão ser atualizados periodicamente pelo enfermeiro.

-Definir uma pessoa responsável pelo monitoramento dos registros. Os registros serão monitorados a cada 3 meses, pelo gestor municipal.

Engajamento público.

-Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, quando necessário. Estas informações serão fornecidas aos pacientes nas atividades com os grupos.

Qualificação da prática clínica.

-Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético. Essas atividades vão ser realizadas pelo enfermeiro.

-Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. O registro vai ser preenchido pelo enfermeiro e o médico.

-Manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação.

-Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Essa atividade será realizada pelo médico da equipe de trabalho.

Organização e gestão do serviço.

-Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. Essas atividades vão ser realizadas pelo médico, na primeira consulta, aos pacientes com essas doenças.

-Organizar a agenda para o atendimento desta demanda. A agenda será organizada pelo enfermeiro da equipe de trabalho em estreita relação com o médico da equipe de trabalho.

Engajamento público.

-Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular. As orientações serão informadas aos pacientes nas consultas médicas após avaliação pelo médico da equipe de trabalho.

-Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Essas orientações serão informadas frequentemente aos pacientes nas consultas médicas, nas consultas de enfermagem, nas visitas domiciliares e nos grupos de hipertensos e diabéticos.

Qualificação da prática clínica.

-Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo. As capacitações serão feitas pelo médico da equipe de trabalho nas reuniões mensais, a todos os membros da equipe.

-Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. As capacitações serão feitas pelo médico da equipe de trabalho nas reuniões mensais na UBS.

-Capacitar a equipe quanto às estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. As capacitações serão realizadas nas reuniões da equipe de trabalho mensais, para todos os integrantes da equipe.

Objetivo 6. Promoção da saúde.

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

Meta 6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Meta 6.4. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Ações:

Monitoramento e avaliação.

-Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos. Estas informações serão fornecidas por toda a equipe de trabalho nas consultas, na triagem enfermagem, nas visitas domiciliares e nos grupos e serão monitoradas pelo médico mensal.

-Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos. Estas informações serão fornecidas por toda a equipe de trabalho nas consultas, na triagem enfermagem, nas visitas domiciliares e nos grupos e serão monitoradas pelo médico, mensalmente.

-Monitorar a realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos. Estas informações serão fornecidas por toda a equipe de trabalho nas consultas, na triagem enfermagem, nas visitas domiciliares e nos grupos e serão monitoradas pelo médico, mensalmente.

-Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos. Estas informações serão fornecidas por toda a equipe de trabalho nas consultas, na triagem enfermagem, nas visitas domiciliares e nos grupos e serão monitoradas pelo médico, mensalmente.

Organização e gestão dos serviços.

-Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. As práticas coletivas vão ser realizadas pelo enfermeiro e o médico da equipe, com prévia preparação de uma nutricionista.

-Organizar práticas coletivas sobre exercício regular de atividade física. As práticas coletivas vão ser realizadas pelo enfermeiro e o médico da equipe previa preparação de um educador físico.

-Organizar práticas coletivas sobre os riscos do tabagismo. As praticas coletivas vão ser realizadas pelo enfermeiro e o médico da equipe.

-Organizar práticas coletivas sobre higiene bucal. As práticas coletivas vão ser realizadas pelo enfermeiro e o médico da equipe previa preparação de uma odontologista.

Engajamento público.

-Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Através de palestras nos grupos de hipertensos e diabéticos realizados pelo enfermeiro e pelo médico.

-Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Através de palestras nos grupos de hipertensos, realizadas pelo o enfermeiro e pelo médico.

-Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Através de palestras nos grupos destas doenças, realizadas pelo enfermeiro e pelo médico.

-Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal. Através de palestras nos grupos destas doenças, realizadas pela o enfermeiro e pelo médico.

Qualificação da prática clínica.

-Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Estas capacitações serão realizadas por uma nutricionista, a qual orientará o médico da equipe, e o médico orientará os demais membros da equipe.

-Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. O médico da equipe de trabalho, após estudar o tema, realizará uma capacitação da equipe de trabalho para orientação.

-Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Estas capacitações serão realizadas por um educador físico, o qual orientará o médico da equipe e este orientará os demais membros, nas reuniões da equipe.

-Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas. O médico da equipe de trabalho, após estudar o tema, realizará uma capacitação da equipe de trabalho para orientação.

-Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

-Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal. Estas capacitações serão realizadas por uma odontologista a qual orientará o médico da equipe e o médico orientará o resto da equipe.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa da Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Meta 1.2 - Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa da Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

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

Metas

2.1-Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado. Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2.2-Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicadores: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicadores: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Metas

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

Indicador: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos as consultas médicas com busca ativa.

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

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

Indicador: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos as consultas medicas com busca ativa.

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Metas

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

Indicador: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

Indicador: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Metas.

5.1- Realizar estratificação do risco cardiovascular a 100% dos pacientes com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicadores: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

5.2-Realizar estratificação do risco cardiovascular a 100% dos pacientes com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicadores: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6: Promoção em saúde.

Metas.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

6.3-Garantir orientação em relação á prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6.4-Garantir orientação em relação á prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicadores: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientação de promoção em saúde.

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

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

Indicadores: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientação de promoção em saúde.

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão Arterial Sistêmica e o Manual Técnico de Diabetes Mellitus, ambos do Ministério da Saúde, 2013.

Estimamos alcançar com as intervenções 480 pacientes hipertensos e 105 pacientes diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 585 fichas-espelho necessárias e para imprimir as 585 fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e o médico revisaram o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos que vierem ao serviço nos últimos 3 meses. A profissional localizará os prontuários dos hipertensos e diabéticos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuários para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de hipertensão e diabetes para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos pacientes hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 2 horas ao final do expediente no horário tradicionalmente utilizado para reuniões de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

O acolhimento aos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Pacientes novos serão atendidos no mesmo turno para ampliar a captação destas doenças. Hipertensos e diabéticos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências e sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Serão reservadas 40 vagas semanais para agendamento de acompanhamento de

hipertensos e diabéticos captados à partir da busca nos prontuários e 10 vagas para acolhimento de usuários captados pela divulgação do programa.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas dos hipertensos e diabéticos, não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os hipertensos e diabéticos provenientes da busca ativa serão reservadas 5 consultas por semana.

Faremos contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância do acompanhamento dos pacientes com hipertensão e diabetes. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de hipertensos e diabéticos e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos hipertensos e diabéticos identificando aqueles que estão com consultas, exames clínico, exames laboratoriais em atraso. Os ACS farão a busca ativa de todos hipertensos e diabéticos não captados, ao fazer a busca já agendarão os pacientes para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

Avaliar indicadores de qualidades semanais	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Avaliação em conjunto com odontologo sobre o comprimento das ações programáticas.		x				x				x				x			

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A intervenção ocorreu de fevereiro a abril de 2015 (totalizando 12 semanas de intervenção), na Unidade de Saúde do Bote, com ações que foram voltadas para a qualificação da prática clínica, engajamento público, organização e gestão do serviço e monitoramento e avaliação da ação programática.

O projeto foi desenvolvido a partir de uma análise situacional que avaliou a estrutura da UBS, os processos de trabalho e o estágio de implementação das ações programáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde. A partir desta análise a equipe elegeu a intervenção com usuários hipertensos e diabéticos, devido à falta de organização e rotina de atendimento aos usuários, além da comprovada importância de ações de promoção, prevenção, diagnóstica e tratamento destas patologias.

A intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos. Cadastramos e acompanhamos 391 pacientes hipertensos que representam 85,2% e 88 pacientes diabéticos que representam 100% dos doentes residentes na área de abrangência da UBS. Realizamos estratificação de risco cardiovascular segundo exame clínico a 64 pacientes que representam 16,4% dos hipertensos cadastrados e 47 pacientes diabéticos que representam 53,4 % do total de diabéticos cadastrados. Qualificamos a atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos, identificação precoce de complicações (neuropatias, neuropatias, cardiopatia isquêmica) e para a classificação de risco de ambos os grupos.

Na primeira semana da intervenção foi necessário realizar algumas modificações no cronograma de trabalho em virtude das trocas de integrantes da equipe que não tinham o conhecimento sobre ESF e indicadores do nosso território, além disso, os profissionais que saem de férias, não são repostos. Dessa forma,

meu trabalho ficou comprometido, sendo que várias vezes realizava atividades sozinha. Depois ao longo do desenvolvimento e com o retorno dos colegas todas as ações puderam ser cumpridas integralmente.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão arterial e do diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, do enfermeiro, da técnica de enfermagem, do dentista, da auxiliar de saúde bucal e de forma geral de todos os trabalhadores do posto de saúde. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, contribuiu na organização da atenção às gestantes, lactantes, idosos, enfim, na organização de todos os serviços da UBS. A cada profissional foi atribuída uma função. O médico tinha como atribuições, divulgação do projeto, realização do exame físico, orientar individualmente todos os usuários sobre os fatores de risco para hipertensão e diabetes, indicar requisição de exames complementares, realizar avaliação do risco cardiovascular, orientar sobre a importância da higiene bucal, hábito do tabagismo, alimentação saudável, prática de exercício físico e o monitoramento da intervenção. Dentre as funções da enfermeira estava cadastrar o usuário preenchendo a ficha-espelho, verificar os sinais vitais, orientar individualmente cada usuário sobre os fatores de risco para hipertensão e diabetes, orientar a busca ativa e a organização do trabalho de forma geral e colaborar no monitoramento da intervenção.

A função da técnica de enfermagem estava em agendar os usuários, preencher a ficha-espelho, bem como, juntamente com o restante da equipe, orientar sempre quando oportuno sobre os fatores de risco e prevenção da hipertensão e do diabetes, verificar os sinais vitais, realizar o acolhimento dos hipertensos e diabéticos e colaborar no monitoramento da intervenção. Dentre as funções dos ACS, estava realizar busca ativa no domicílio, participar dos encontros com a comunidade, agendar as consultas e divulgar o projeto na comunidade.

O papel do dentista e da auxiliar dental foi muito importante na intervenção, porque eles participaram junto nas visitas domiciliares, atividades de grupo onde sempre faziam exame bucal, orientavam sobre a importância da higiene bucal entre outras promoções de saúde. Destacou-se também na intervenção a nutricionista, a psicóloga e assistência social sendo relevante o trabalho interdisciplinar. Antes da

intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e Diabetes eram concentradas no médico. A intervenção serviu também para rever as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas.

A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos, viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção tem sido muito bom, deve-se isto ao trabalho realizado em conjunto, além das palestras, atividades de grupo e sua divulgação através dos meios de comunicação.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cadastrar, continuaremos nosso trabalho para dar cobertura a totalidade dos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência.

Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, e como foi incorporada a intervenção às rotinas do serviço, devemos superar algumas dificuldades encontradas: como a demora na realização dos exames complementares por parte dos laboratórios e a falta de Agente Comunitário de Saúde em uma micro área.

Devido a intervenção fazer parte da rotina diária do serviço na UBS, teremos que ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Não houve nenhuma ação prevista e não desenvolvida.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Durante a coleta e sistematização de dados relativos à intervenção tivemos dificuldades com o tempo necessário para o preenchimento dos dados na planilha de coleta de dados e na ficha-espelho. Porém com o passar do tempo e com o hábito já instalado as dificuldades foram superadas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Nesse momento, a intervenção já se encontra totalmente inserida na rotina de funcionamento da UBS da nossa área de atuação, os exames físicos e complementares são realizados e pedidos conforme o protocolo, os ACS realizam a busca ativa aos faltosos e o monitoramento é realizado semanalmente. As ações coletivas ainda podem ser melhoradas com o melhor planejamento e divulgação.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi realizada na Unidade de Saúde de Bote no município de Herval/RS nos meses de fevereiro a abril de 2015, sendo voltada para o alcance de várias metas com o objetivo geral de melhorar a atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Residem em nossa área de abrangência aproximadamente 2.054 pessoas, com uma estimativa de 459 hipertensos (22,7% da população total) e 88 diabéticos (5,6% da população total). Dedicamo-nos a cadastrar e acompanhar todos os hipertensos e diabéticos nesses três meses de intervenção. No projeto planejaram 16 semanas de intervenção e devido reorganização do curso por causa das férias dos alunos o tempo foi reduzido para 12 semanas o que pode ter afetado o alcance de algumas metas propostas. Algumas metas foram alcançadas plenamente e outras precisam de aprimoramento. Descreveremos a seguir os resultados conforme as metas e indicadores estabelecidos em nosso projeto.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos.

Meta 1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

No primeiro mês da intervenção conseguimos cadastrar 64 (13,9%) hipertensos, no segundo mês foram 171 (37,3%) e no terceiro mês chegamos a 391 (85,2%).

O sucesso no alcance da meta depende do esforço, trabalho e união de toda a equipe. Devido aos problemas que ocorreram durante este período, principalmente no início da intervenção, cito aqui alguns exemplos, a falta de organização e comprometimento de vários profissionais e a ausência de um agente comunitário de saúde, não conseguimos atingir a meta estabelecida no projeto (100%). Mas mesmo com algumas dificuldades, garantimos facilidades de acesso aos serviços com apoio das lideranças da comunidade (vereadores, professores de escolas, moradores das comunidades). Realizamos reuniões onde informamos sobre a existência do programa solicitando apoio para o acompanhamento na UBS e demais estratégias que foram implementadas, contamos com o apoio da comunidade e boa participação junto a nossa equipe. A figura 1 apresenta a cobertura do programa de atenção aos hipertensos na UBS de Bote em 3 meses.

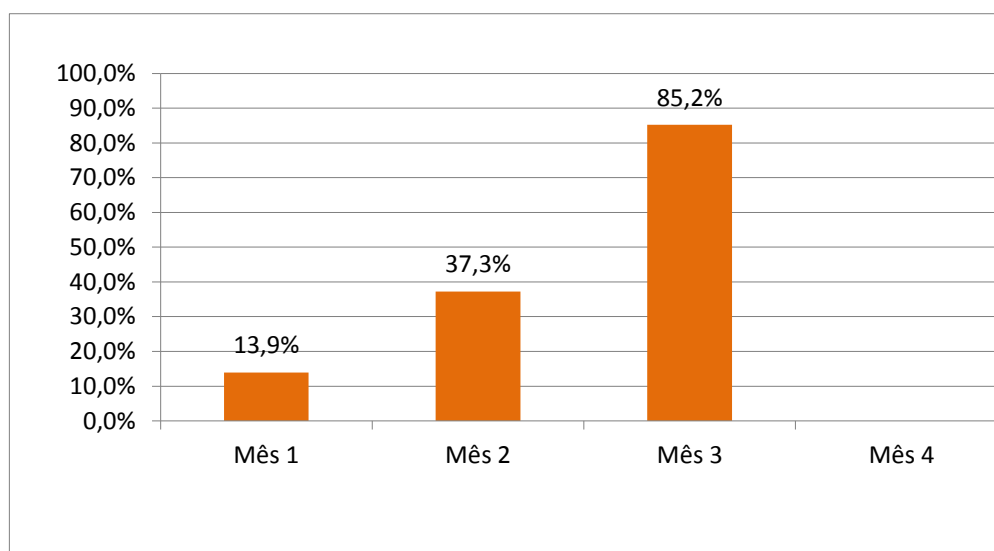


Figura 1: Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Meta 2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

A meta era cadastrar e acompanhar 70 pacientes diabéticos (80%). No primeiro mês da intervenção conseguimos cadastrar 23 diabéticos (26,1%), no

segundo mês cadastramos 47 (53,4%) e no terceiro mês alcançamos 88 pacientes diabéticos (100%).

O sucesso no alcance da meta estabelecida se deve em parte pelas ações de divulgação do programa. Garantimos facilidades de acesso aos serviços com apoio das lideranças da comunidade (vereadores, professores de escolas e representantes da comunidade), Realizamos reuniões onde informamos sobre a existência do programa solicitando apoio para o acompanhamento na UBS e demais estratégias que foram implementadas, contamos com o apoio da comunidade e boa participação junto a nossa equipe. A figura 2 apresenta a cobertura do programa de atenção aos diabéticos na UBS de Bote em 3 meses.

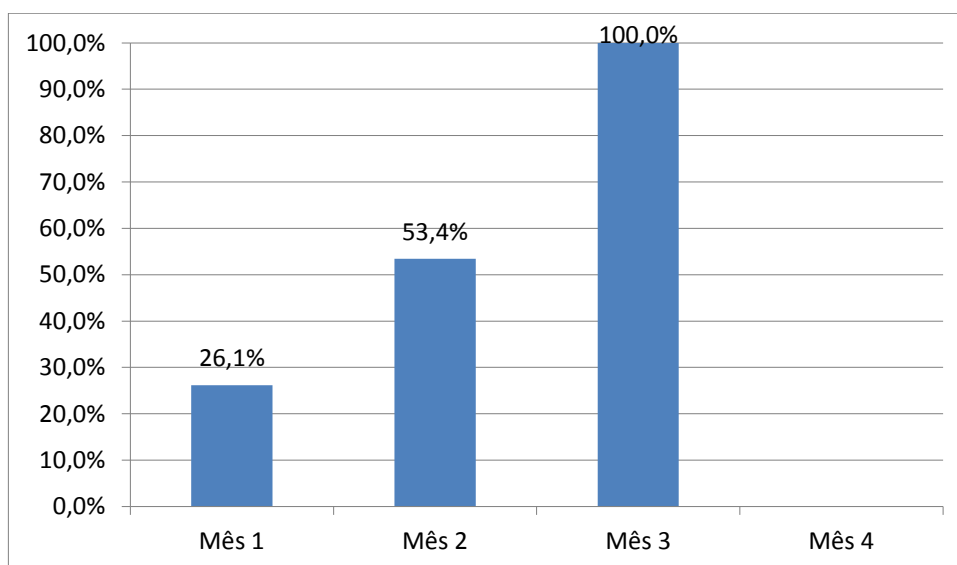


Figura 2: Gráfico da Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Esta meta obteve 100% de qualidade com os hipertensos nos três meses correspondentes a intervenção. Ficando assim distribuído: no primeiro mês 64 (100%) usuários, no segundo mês 171 (100%) usuários e no terceiro mês 391 (100%) usuários. Os diabéticos também obtiverem 100% de qualidade nos três meses correspondentes a intervenção. Ficando assim distribuído: no primeiro mês

23 (100%) usuários, no segundo mês 47 (100%) usuários e no terceiro mês 88(100%) usuários.

Acreditamos que foi possível realizar o exame clínico apropriado conforme protocolo em 100% dos pacientes cadastrados em virtude do estabelecimento do papel de cada pessoa da equipe nas ações do programa e também pela capacitação da equipe quanto ao exame clínico.

Meta 2.2 – Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Esta meta não foi atingida como mostra a figura 5. No primeiro mês não avaliamos os resultados dos exames complementares sendo 0 (0%) pacientes, no segundo mês foram 33 (19,3%) e no terceiro mês 64 (16,4).

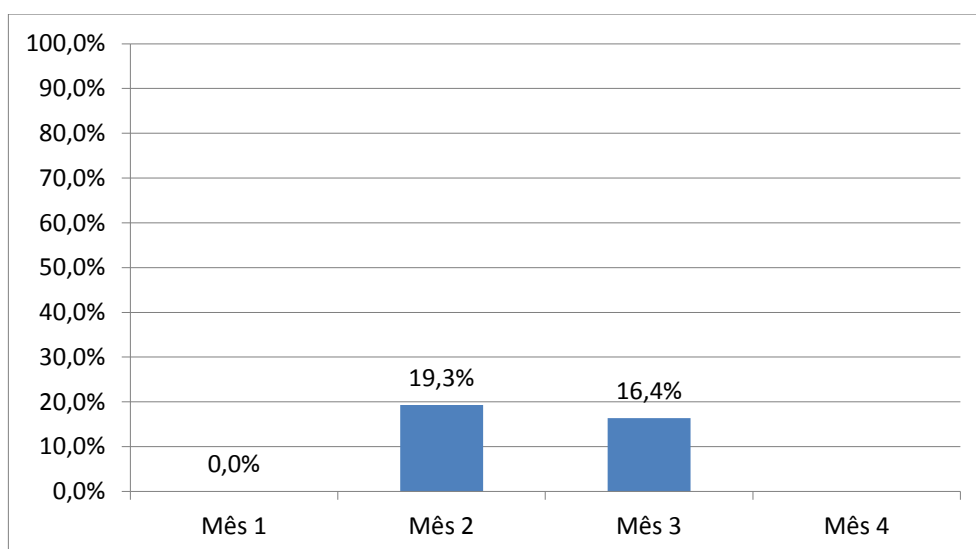


Figura 3: Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS de Bote-RS, 2015.

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

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

Esta meta não foi atingida no primeiro mês sendo 0 (0%) pacientes, no segundo mês foram 24 (51,1%) e no terceiro mês 47 (53,4%).

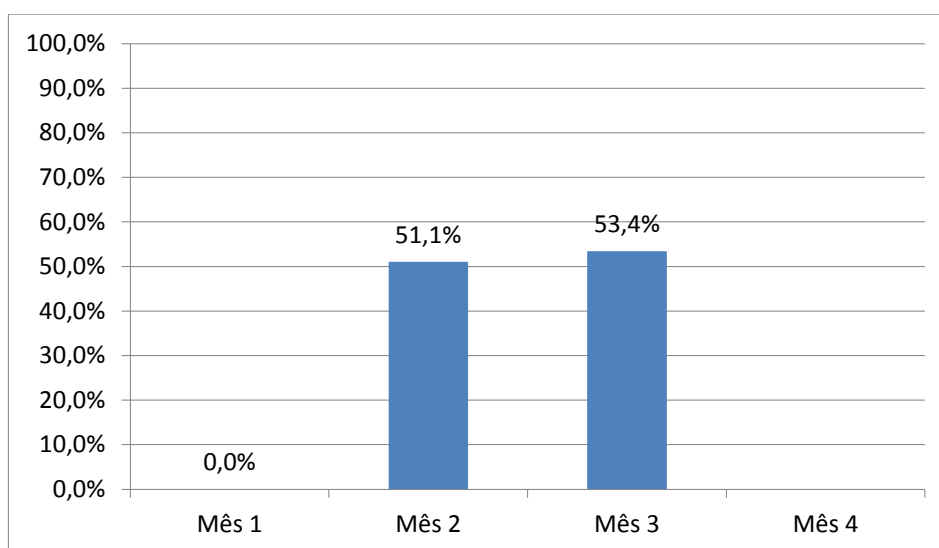


Figura 4: Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS de Bote – Herval-RS, 2015.

Muitos pacientes hipertensos e diabéticos compareciam a primeira consulta anual, sem terem realizado os exames complementares anteriormente. Então, solicitávamos os exames nesta primeira consulta e aguardávamos os resultados. Todos os pacientes já saíam da consulta com o agendamento para retorno com os resultados dos exames. Acontece que o período de coleta dos dados terminou sem que tenha sido possível 100% dos usuários retornarem com os resultados dos exames. Além disso, a grande demanda e a dificuldade no transporte, e a secretaria está com problemas no agendamento.

Meta 2.4 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada.

Esta meta foi alcançada em 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos nos três meses correspondentes a intervenção. No primeiro mês prescrevemos medicamentos em pacientes hipertensos da Farmácia Popular/HIPERDIA para 64 (100%) pacientes, no segundo mês foram 171 (100%) e no terceiro mês 391 (100%). No primeiro mês prescrevemos medicamentos em diabéticos da Farmácia Popular/HIPERDIA para 23 (100%) pacientes, no segundo mês foram 47 (100%) e no terceiro mês 88 (100%).

Conseguimos que todos os pacientes hipertensos e diabéticos tivessem a possibilidade de adquirir a medicação através da farmácia popular compensando suas doenças com medicações de fácil aquisição e gratuitas pelo SUS. A técnica de enfermagem realizava o registro e verificação da validade dos medicamentos disponíveis na farmácia da UBS e também os controles dos estoques. Os pacientes e a comunidade em geral foram orientados quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e as alternativas para obter este acesso.

Meta 2.5 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Esta meta foi alcançada em 100% dos pacientes nos três meses correspondentes à intervenção. O atendimento odontológico também foi garantido e facilitado para os hipertensos e diabéticos e a capacitação da equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos pacientes foi realizada pelo dentista. Contribuiu para o alcance desta meta o monitoramento da realização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico pelo enfermeiro e dentista a partir das fichas-espelho.

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 3.1 - Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Esta meta foi atingida ficando em 100% em toda a intervenção. No primeiro mês foram buscados 18 pacientes hipertensos faltosos (100%), no segundo mês foram 23 (100%) e no terceiro 56(100%). No primeiro mês foram buscados 9 pacientes diabéticos faltosos(100%), no segundo mês não houve falta e no terceiro 1 (100%). Contribuiu para o alcance desta meta a informação fornecida pelo enfermeiro nas reuniões de equipe orientando os ACS na realização da busca aos usuários faltosos através da visita domiciliar.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:

Meta 4.1 - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Esta meta foi alcançada em 100% dos pacientes nos três meses correspondentes a intervenção. O sucesso desta meta foi possível através do monitoramento da intervenção e da avaliação diária da qualidade dos registros realizados nas fichas-espelho.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

No primeiro mês não realizamos a estratificação de risco cardiovascular conforme escala de Framingham, no segundo mês realizamos em 33 pacientes (19,3%) e no terceiro mês em 64 pacientes (16,4%).

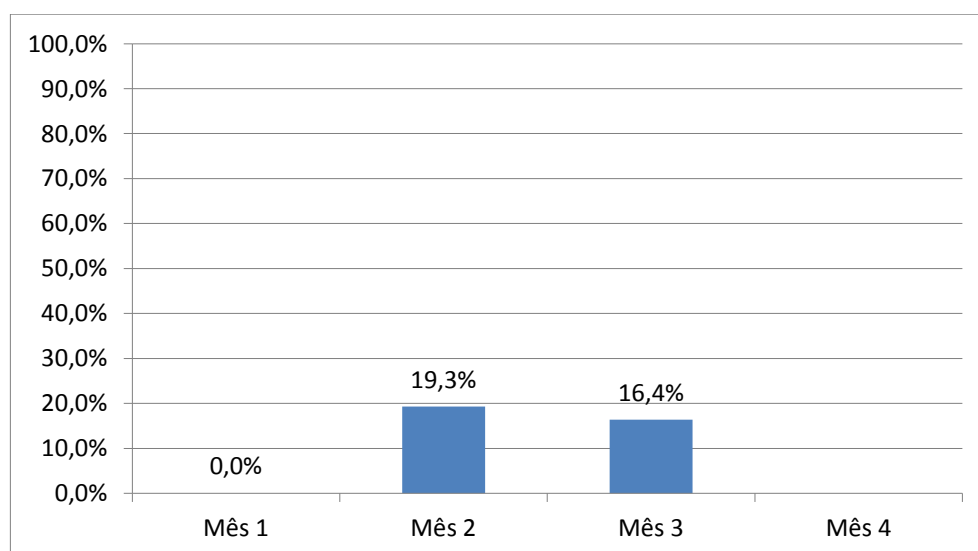


Figura 5: Gráfico da Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular na UBS de Bote-RS, 2015.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

No primeiro mês não realizamos a estratificação de risco cardiovascular conforme escala de Framingham, no segundo mês foi em 24 pacientes (51,1%), e no terceiro mês 47 pacientes (53,4%).

Muitos pacientes hipertensos e diabéticos compareceram a primeira consulta anual, sem terem realizado os exames complementares anteriormente. Então, solicitávamos os exames nesta primeira consulta e aguardávamos os resultados. Todos os pacientes já saíam da consulta com o agendamento para retorno com os resultados dos exames. Acontece que o período de coleta dos dados terminou sem que tenha sido possível a 100% dos usuários retornarem com os resultados dos exames. Ressaltamos que sem os resultados dos exames não há como aplicar a escala de Framingham.

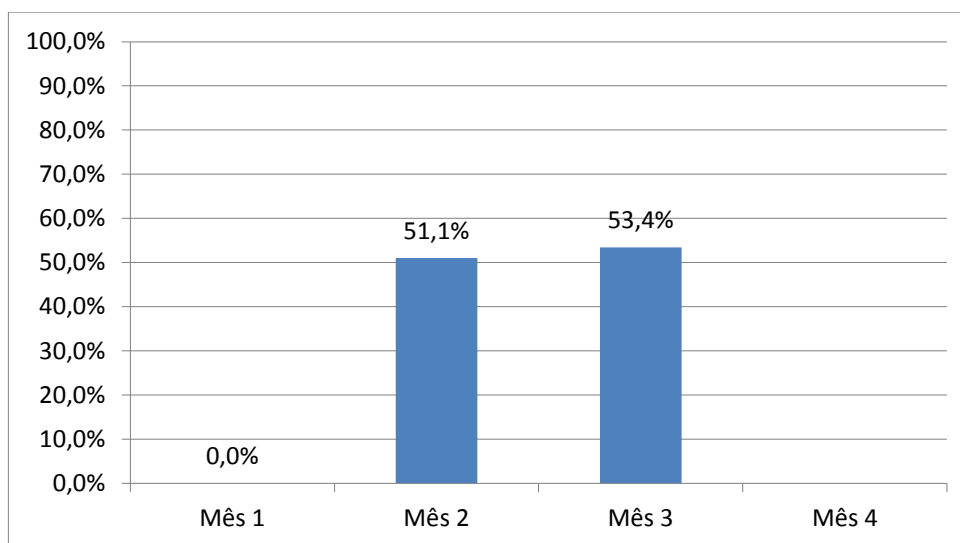


Figura 6: Gráfico da Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular na UBS de Bote, Herval-RS, 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.1 - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Esta meta foi alcançada em 100% dos pacientes nos três meses correspondentes a intervenção. O sucesso desta meta foi possível pela realização de orientação individual durante o atendimento clínico e também de palestras realizadas pelo médico e pela nutricionista nos encontros com as lideranças da comunidade e nos encontros do grupo de hipertensos e diabéticos.

Meta 6.2 - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Esta meta foi alcançada em 100% dos pacientes nos três meses correspondentes a intervenção. O sucesso desta meta foi possível pela realização de orientação sobre a prática sistemática de exercícios físicos, de forma individual durante o atendimento clínico e também de palestras realizadas pelo médico nos encontros com as lideranças da comunidade e nos encontros do grupo de hipertenso-diabéticos.

Meta 6.3 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Esta meta foi alcançada em 100% dos pacientes nos três meses correspondentes a intervenção. O sucesso desta meta foi possível através da realização da divulgação sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, bem como sobre os malefícios deste vício. As orientações foram prestadas individualmente para os pacientes durante o atendimento clínico e também de forma coletiva durante a realização de palestras com as lideranças da comunidade e dos encontros do grupo de hipertenso-diabéticos.

Meta 6.4 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Esta meta foi alcançada em 100% dos pacientes nos três meses correspondentes a intervenção. O sucesso desta meta foi possível pela realização de orientação sobre higiene bucal, de forma individual durante o atendimento clínico e também de palestras realizadas pelo dentista nos encontros com as lideranças da comunidade e nos encontros do grupo de hipertenso-diabéticos.

Ao final da intervenção, ficamos contentes com os resultados, apesar de não termos atingido algumas metas por inteiro. Temos a certeza da continuidade do trabalho e da incorporação e aperfeiçoamento das ações em nossa rotina e isso já é de grande valia para o nosso trabalho.

4.2 Discussão

Através deste projeto de intervenção, observei que é muito importante ter o conhecimento real da situação de todas as pessoas cadastradas no território de abrangência. Com a intervenção realizada na unidade de saúde do Bote, melhoramos a qualidade das ações realizadas aos hipertensos e diabéticos, com destaque para as atividades de grupo em saúde, onde eles obtiveram conhecimento sobre a doença que possuem. Aprenderam como cuidar-se melhor para evitar complicações.

A intervenção exigiu que a equipe estivesse completamente unida, com objetivos em comum e comprometida com o trabalho. No início foi muito difícil, pois os profissionais já tinham seus costumes e não queriam mudar as atitudes para o bom funcionamento da intervenção. Após uma conversa com o secretário e a equipe, passamos a realizar o cronograma de ações. Realizamos reuniões de equipe para capacitar e seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. Em linhas gerais, a equipe se comprometeu com o acolhimento dos pacientes e ficou sensibilizada com ações para promover o bem estar do paciente.

Tivemos um entrosamento muito bom com os outros profissionais (nutricionista, psicóloga, assistente social) de toda a unidade, melhorou a marcação de exames na regulação para pacientes hipertensos e diabéticos, o acolhimento pela recepcionista mudou para melhor e todos se envolveram com estas ações. Assim melhorou o registro e agendamento dos hipertensos e diabéticos.

Implantamos a classificação de risco dos hipertensos e diabéticos para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção na comunidade foi positivo. A divulgação nos meios de comunicação e o trabalho do agente comunitário de saúde juntamente com a equipe, fez com que a comunidade conhecesse sobre este projeto e contribuíram com sua participação nas ações realizadas.

A intervenção poderia ter sido facilitada se não tivesse ocorrido a troca da secretária de saúde, que já tinha conhecimento da intervenção e, se eu tivesse discutido desde a análise situacional e as atividades que vinha desenvolvendo com a minha equipe. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção á rotinas do serviço terão condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

Notamos que a falta de um agente comunitário de saúde deixou descoberto o cadastramento dos hipertensos e diabéticos desta micro área, prejudicando o acompanhamento destes pacientes.

A partir do próximo mês, quando teremos disponível o agente comunitário que está faltando, pretendemos investir no cadastramento de todos pacientes hipertensos e diabéticos. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos implementar o pré-natal e implantar a puericultura.

5 Relatório da intervenção para gestores

O presente relatório tem como finalidade informar os gestores sobre os resultados do trabalho de intervenção que fez parte da proposta do Curso de Especialização em Saúde da Família da UNASUS-UFPEL. O tema escolhido foi a melhoria da atenção aos hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da UBS do Bote, pertencente ao município de Herval.

A intervenção ocorreu de fevereiro a abril de 2015 (totalizando 12 semanas de intervenção), na Unidade de Saúde do Bote, com ações que foram voltadas para a qualificação da prática clínica, engajamento público, organização e gestão do serviço e monitoramento e avaliação da ação programática.

O projeto foi desenvolvido a partir de uma análise situacional que avaliou a estrutura da UBS, os processos de trabalho e o estágio de implementação das ações programáticas preconizadas pelo Ministério da Saúde. A partir desta análise a equipe elegeu a intervenção com usuários hipertensos e diabéticos, devido à falta de organização e rotina de atendimento aos usuários, além da comprovada importância de ações de promoção, prevenção, diagnóstica e tratamento destas patologias.

A intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos. Cadastramos e acompanhamos 391 pacientes hipertensos que representam 85,2% e 88 pacientes diabéticos que representam 100% dos doentes residentes na área de abrangência da UBS. Realizamos estratificação de risco cardiovascular segundo exame clínico a 64 pacientes que representam 16,4% dos hipertensos cadastrados e 47 pacientes diabéticos que representam 53,4 % do total de diabéticos cadastrados. Qualificamos a atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos, identificação precoce de complicações

(neuropatias, neuropatias, cardiopatia isquêmica) e para a classificação de risco de ambos os grupos.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão arterial e do diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, do enfermeiro, da técnica de enfermagem, do dentista, da auxiliar de saúde bucal e de forma geral de todos os trabalhadores do posto de saúde. Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, contribuiu na organização da atenção às gestantes, lactantes, idosos, enfim, na organização de todos os serviços da UBS. A cada profissional foi atribuída uma função. O médico tinha como atribuições, divulgação do projeto, realização do exame físico, orientar individualmente todos os usuários sobre os fatores de risco para hipertensão e diabetes, indicar requisição de exames complementares, realizar avaliação do risco cardiovascular, orientar sobre a importância da higiene bucal, hábito do tabagismo, alimentação saudável, prática de exercício físico e o monitoramento da intervenção. Dentre as funções da enfermeira estava cadastrar o usuário preenchendo a ficha-espelho, verificar os sinais vitais, orientar individualmente cada usuário sobre os fatores de risco para hipertensão e diabetes, orientar a busca ativa e a organização do trabalho de forma geral e colaborar no monitoramento da intervenção.

A função da técnica de enfermagem estava em agendar os usuários, preencher a ficha-espelho, bem como, juntamente com o restante da equipe, orientar sempre quando oportuno sobre os fatores de risco e prevenção da hipertensão e do diabetes, verificar os sinais vitais, realizar o acolhimento dos hipertensos e diabéticos e colaborar no monitoramento da intervenção. Dentre as funções dos ACS, estava realizar busca ativa no domicílio, participar dos encontros com a comunidade, agendar as consultas e divulgar o projeto na comunidade.

O papel do dentista e da auxiliar dental for muito importante na intervenção, porque eles participarem junto nas visitas domiciliares, atividades de grupo onde sempre faziam exame bucal, orientavam sobre a importância da higiene bucal entre outras promoções de saúde. Destacou-se também na intervenção a nutricionista, a psicóloga e assistência social sendo relevante o trabalho interdisciplinar. Antes da intervenção as atividades de atenção a Hipertensão e

Diabetes eram concentradas no médico. A intervenção serviu também para rever as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas.

A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos, viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção tem sido muito bom, deve-se isto ao trabalho realizado em conjunto, além das palestras, atividades de grupo e sua divulgação através dos meios de comunicação.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cadastrar, continuaremos nosso trabalho para dar cobertura a totalidade dos hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência.

Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, e como foi incorporada a intervenção às rotinas do serviço, devemos superar algumas dificuldades encontradas: como a demora na realização dos exames complementares por parte dos laboratórios e a falta de Agente Comunitário de Saúde em uma micro área.

Devido a intervenção fazer parte da rotina diária do serviço na UBS, teremos que ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

Aproveitamos a oportunidade para solicitar a contratação de um agente comunitário de saúde e assim estaremos qualificando cada vez mais as ações de promoção e prevenção em saúde aos pacientes portadores de doenças crônicas e estendendo as ações para os programas de pré-natal, saúde da criança e idosos na UBS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Este relatório tem a finalidade de relatar as ações que foram implementadas na Unidade Básica de Saúde do Bote a partir da intervenção proposta pelo curso de Especialização em Saúde da Família. Implantamos um serviço de atenção aos portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus beneficiando os usuários residentes na área de abrangência.

O impacto da intervenção foi positivo e percebemos que a comunidade sente-se bem assistida. Recebemos elogios quanto ao trabalho realizado com os pacientes portadores de hipertensão e diabetes, eles demonstraram sua satisfação em palestras realizadas e entrevistas no jornal da cidade.

Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos pacientes portadores destas doenças sem atendimento, conseguimos em 12 semanas cadastrar e acompanhar 391 pacientes hipertensos que representam 85,2% e 88 pacientes diabéticos que representam 100% dos doentes residentes na área de abrangência da UBS. Qualificamos a atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos, identificação precoce de complicações e para a classificação de risco de ambos os grupos. O esforço será contínuo até alcançar a cobertura de 100% da área de abrangência. No presente ano todos precisam receber a consulta e serem avaliados para a melhora da qualidade de vida dos mesmos.

A intervenção não foi realizada em todas as micro áreas da UBS por não contar com ACS para toda a área de abrangência, não temos o cadastramento dos 100% da população. Isso impossibilita conhecer o número total de hipertensos e diabéticos da área. Temos como meta conversar com as lideranças da comunidade

para o planejamento e realização de mais atividades coletivas e de participação social da comunidade.

Agora que estamos finalizando o projeto, percebo que a equipe está integrada, e com a incorporação da intervenção à rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas e trabalharemos para melhorar o atendimento dos pacientes com hipertensão e diabetes da área de abrangência.

A partir do próximo mês, quando teremos disponível outro agente comunitário de saúde, pretendemos ampliar a cobertura a toda a população facilitando o acesso aos usuários com hipertensão e diabetes. Com o resultado final deste trabalho, poderemos fazer o planejamento e programação das consultas e visitas domiciliares da área de cada um dos agentes. Tomando este projeto como exemplo, também pretendemos ampliar as ações para outros programas que já temos implementado na UBS como atenção ao pré-natal, puericultura e idosos.

A intervenção foi muito importante e bem aceita pela comunidade, pois nos aumentamos o número de consultas destinadas aos hipertensos e diabéticos tanto pelo médico, enfermeiro como pela nutricionista, realizamos mais visitas domiciliares, melhoramos o registro dos mesmos, disponibilizamos mais medicamentos gratuitamente, solicitamos exames e avaliamos o risco de complicações que esses usuários apresentam. Também realizamos algumas palestras onde debatemos temas para importante quanto à prevenção de complicações.

Resumindo podemos dizer que o projeto de intervenção alcançou os objetivos propostos, pois conseguimos aumentar a cobertura do atendimento a mais de 80% da população portadora de hipertensão arterial e diabetes mellitus. Assim como a qualidade do atendimento que melhorou e proporciona qualidade de vida para os portadores destas doenças, evitando complicações e diminuindo os riscos.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Refletindo sobre o processo de aprendizagem neste período, posso dizer que o curso tem sido uma experiência muito interessante para mim, tanto pela sua alta qualificação científica como pelas grandes exigências no processo de aprendizagem. Início falando sobre minha dificuldade em realizar este curso, pois é a primeira vez que estudo online e não teve encontro presencial para as explicações necessárias. Devido a isto, demorei mais em me adaptar com esta modalidade de estudo. Quanto as minhas expectativas iniciais foi muito difícil devido a falta de apoio e coleguismo com os membros da equipe. Como tudo é informatizado, os dados dependiam de pessoas capacitadas que trabalhavam nestes sistemas e muitas vezes não estavam disponíveis no momento. Muitas vezes as tarefas não eram entregues devido a esta dificuldade com as informações necessárias para a sua conclusão.

Considero muito importante as orientações recebidas desde o começo por minha orientadora, assim como os textos, artigos, vídeos, os protocolos, os casos interativos, os TQC realizados, constituíram e constituem uma importante ferramenta no desenvolvimento da minha prática profissional na UBS. O curso propiciou uma melhora significativa na atenção aos usuários portadores de HAS e DM no território de abrangência da equipe, objetivo principal da nossa intervenção.

O curso me proporcionou o aprendizado sobre vários casos interativos, entre eles o caso 19 – “Hanseníase: e agora o que faço?”, onde aprofundi meu conhecimento sobre a hanseníase, visto que nunca havia atendido paciente com lepra. Através destes exercícios aprofundi meu conhecimento sobre vários casos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoas com doença crônica: Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Caderno de Atenção Básica nº 36)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoas com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Caderno de Atenção Básica nº 37)

IBGE. **Censo Demográfico 2014 - Resultados do universo**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre a necessidade de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**. 2006;

Anexos

Anexo C - 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