

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde do Hipertenso e/ou do Diabético na
Unidade Básica de Saúde Dr. Gerardo Barbosa, Espumoso/RS**

Santa Librada Díaz Rodríguez

Pelotas, 2015

Santa Librada Díaz Rodríguez

**Melhoria da Atenção à Saúde do Hipertenso e/ou do Diabético na
Unidade Básica de Saúde Dr. Gerardo Barbosa, Espumoso/RS**

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

Orientador: Carla Ribeiro Ciochetto

Pelotas, 2015

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

R696m Rodriguez, Santa Librada Diaz

Melhoria da Atenção à Saúde do Hipertenso e/ou do Diabético na Unidade Básica de Saúde Dr. Gerardo Barbosa, Espumoso/RS / Santa Librada Diaz Rodriguez; Carla Ribeiro Ciochetto, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

96 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Ciochetto, Carla Ribeiro, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

"A minha família por todo o apoio e compressão que há tido. A Cuba por proporcionar-nos a educação e formação em nossos princípios do internacionalismo, humanismo, amor a nossa pátria. Ao povo brasileiro que merece uma saúde ao alcance de todos com qualidade".

Agradecimentos

A todos os profissionais que participaram do nosso projeto.

Ao Brasil por oferecermos a oportunidade de integrar o Programa Mais Médico.

A todos os professores que contribuíram com o curso para que se desenvolva com a qualidade que tem acontecido em especial a Carla Ribeiro Ciochetto por toda sua paciência, apoio e magnífica orientação durante o curso.

As minhas filhas por ser meu maior orgulho e sempre apoiar minhas decisões junto a seu pai.

A Universidade Federal de Pelotas por proporcionar-nos todas as ferramentas necessárias para a realização do curso.

A nossa secretaria de saúde que contribuído com a realização de todas as atividades.

Resumo

RODRIGUEZ, Santa Librada Diaz. **Melhoria da Atenção à Saúde do Hipertenso e/ou do Diabético na Unidade Básica de Saúde Dr. Gerardo Barbosa, Espumoso/RS**. 2015. 94f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica são as doenças mais comuns nos países desenvolvidos e em desenvolvimento e a incidência tende a aumentar com a idade. O controle adequado dos usuários com hipertensão e diabetes deve ser uma das prioridades da Atenção Primária à Saúde, partindo do princípio de que o diagnóstico precoce, o bom controle e o tratamento adequado dessas doenças são essenciais para a diminuição dos eventos cardiovasculares adversos. A educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão e/ou glicemia, à atividade física e à dieta alimentar, é um importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices de usuários hipertensos e/ou diabéticos. O conhecimento destas doenças crônicas está relacionado à melhora da qualidade de vida, à redução do número de descompensações, ao menor número de internações hospitalares e à maior aceitação da doença. Na Unidade Básica de Saúde Dr. Gerardo Barbosa, localizada na cidade de Espumoso no Rio Grande do Sul, foi proposta uma intervenção durante 16 semanas aos usuários hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência da unidade, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde do hipertenso e/ou do diabético. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Durante o período de intervenção realizou-se avaliação clínica, odontológica e monitoramento com seguimento regular, fornecimento de medicação, de exames complementares, controles periódicos segundo a avaliação do risco cardiovascular, além das ações educativas com os grupos e comunidades. Tanto nas consultas individuais, palestras e visitas domiciliares foram realizadas orientações quanto a uma alimentação saudável, a prática regular de atividade física, aos fatores de riscos, a saúde bucal, as complicações, e sobre a importância da monitorização da saúde, trabalhando para alcançar com estas ações uma melhor saúde da família. Nos quatro meses da intervenção participaram 737 usuários hipertensos com 20 anos ou mais, representando um 44,1% de cobertura e 180 usuários diabéticos com 20 anos ou mais, totalizando um 43,6% de cobertura. As atividades realizadas buscaram contribuir para a discussão, percepção e de uma nova forma de pensar dos profissionais, dos usuários hipertensos e diabéticos, e da população em geral quanto à importância do desenvolvimento de uma abordagem multiprofissional e educativa direcionada para a promoção de saúde e prevenção de doenças dos usuários.

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

Lista de Figura

Figura 1	Mapa do município de Espumoso/RS, 2015.	11
Figura 2	Profissionais da UBS Gerardo Barbosa, Espumoso/RS, 2015.	14
Figura 3	Tabela com a distribuição da população por sexo e faixa etária. Espumoso, RS. 2015	16
Figura 4	Entrevista na rádio local para a divulgação do projeto UBS Gerardo Barbosa, Espumoso/RS.	56
Figura 5	Capacitação com os ACS e funcionários da UBS, Drº Gerardo Barbosa, Espumoso/RS.	57
Figura 6	Cobertura do programa de atenção no hipertenso na unidade de saúde, Drº Gerardo Barbosa, Espumoso/RS.	63
Figura 7	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde, UBS Gerardo Barbosa, Espumoso/RS.	64
Figura 8	Atividade educativa desenvolvida na comunidade Linha Mendes, Espumoso/RS, 2015.	71

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS -	Agente comunitário da Saúde
APS -	Atenção primária de Saúde
CEO -	Centro de Especialidades Odontológicas
CRAS -	Centro de Referência Assistência Social
DM -	Diabetes Mellitus
DSTs -	Doenças Sexualmente Transmissível
EBS -	Equipe de Saúde Básica
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
HAS -	Hipertensão Arterial
NASF -	Núcleo de apoio à Saúde da Família
RS -	Rio Grande do Sul
SAMU -	Sistema de Atendimento Médico de Urgência
SIAB -	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 comentário comparativo entre texto inicial e o relatório da análises situacional.....	22
2 Análise Estratégica	24
2.1 Justificativa	24
2.2 Objetivos e metas	26
2.2.1 Objetivo geral	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas.....	26
2.3 Metodologia	28
2.3.1 Detalhamento das ações.....	28
2.3.2 Indicadores	43
2.3.3 Logística.....	49
2.3.4 Cronograma	53
3 Relatório da Intervenção.....	55
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	55
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	60
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	61
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	61
4 Avaliação da intervenção	62
4.1 Resultados.....	62
4.2 Discussão	68
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	73
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	78
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	82
Referências	84
Apêndices.....	85
Anexos.....	91

Apresentação

O presente trabalho teve como objetivo geral qualificar o Programa de Atenção à Saúde dos Hipertensos e/ou Diabéticos pertencentes à Unidade Básica de Saúde Drº Gerardo Barbosa.

O Projeto de pesquisa evidenciou a importância da temática despertando nos profissionais das equipes de saúde pertencentes à unidade referida, a relevância desta ação para a comunidade. Ademais, contribuiu para melhoria dos registros e o monitoramento dos hipertensos e diabéticos acompanhados pelo serviço de saúde.

No primeiro capítulo será apresentado a análise situacional do município de Espumoso/RS, a descrição da unidade e uma análise do processo de atenção à saúde realizado na mesma.

No segundo capítulo, será descrito a análise estratégica utilizada, apresentando os objetivos, as metas do projeto, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, detalhando indicadores metas, logística e cronograma.

No terceiro capítulo, será apresentado o relatório de intervenção demonstrando as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e por fim, uma análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.

O quarto capítulo apresentará uma avaliação da intervenção com análise e discussão de seus resultados além do relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade.

No capítulo cinco será apresentada uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. Encerrando o presente trabalho com a bibliografia utilizada e os anexos que serviram como orientação para o desenvolvimento desta ação.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Espumoso é cidade com aproximadamente 16 mil habitantes, sendo que 3 mil vivem no interior do município, localizado na região centro-norte do Rio Grande do Sul. É um município, totalmente agrícola na linha econômica onde se cultiva soja e trigo, e predominam pessoas carentes e dependentes da Unidade Básica de Saúde (UBS).

A água na cidade é tratada pela CORSAN e no interior município temos poços artesianos muito contaminados, mas em contra partida a prefeitura já está tomando as devidas providências já está sendo tratados. A coleta de lixo urbano é feito diariamente e depositado em um aterro distante 8 km da cidade, o lixo hospitalar é recolhido e queimado in loco.

As UBS estão distribuídas pela cidade, sendo uma na região central onde fica a secretaria municipal de saúde, uma na periferia da cidade e outras cinco pequenas do interior, onde três recebem atendimento uma vez por semana, e dois se mantêm fechadas.

Eu presto atendimento na UBS central três vezes por semana e uma vez por semana no interior. Na UBS central possui 400 metros composto de: farmácia básica, recepção, duas salas para triagem, cinco consultórios médicos, um consultório ginecológico, um consultório nutrição, dois consultório psicologia, dois consultórios odontológicos, assistência social, três leitos de observação, sala para fisioterapia, sala de reuniões, dois banheiros no andar superior e dois no andar inferior para uso por pacientes e funcionário; sala de esterilização; e departamento de higiene municipal; três salas para encaminhamentos de média e alta

complexidade para os município de referência. O posto de saúde Serra dos Engenhos, localizada no interior do município o qual trabalho na quinta-feira é pequeno, tendo uma sala de triagem, recepção, um consultório médico e um odontológico, onde prestamos atendimento, médico, odontólogo, técnica de enfermagem, e os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que agora trabalham no cadastramento da população.

Serra de Engenhos tem uma população de 300 pessoas sendo trabalhadores do campo, com o predomínio nas doenças crônicas não transmissíveis, tais como: hipertensão, diabetes, asma, distúrbios do sono; também doenças típicas de trabalhadores agrícolas. São realizadas palestras educativas com pacientes com risco e doentes, visitas domiciliares e controle dos doentes, trabalhamos com consultas de planejamento agendadas de acordo com a sua patologia, tão realizar a melhor trabalho preventivo, portanto trabalhar para melhorar a sua saúde e evitar complicações.

Na UBS Central, atuam no atendimento à população seis médicos clínico geral, sendo três do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), um ginecologista, um pediatra, um cirurgião geral, três cirurgião dentista sendo um bucomaxilofacial, também tem quatro enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, nutricionista, psicólogos e dois ACS, atualmente estão em formação 19 ACS para completar as Equipes de Saúde da Família (ESF).

Até o momento as consultas realizadas são para usuários que vem espontaneamente a UBS, porque só agora está sendo cadastrada a população e formando assim as ESF. Trabalhamos em equipe, agora com a ajuda dos ACS podemos fazer melhor nosso trabalho, realizando palestras educativas para grupos específicos, trabalhar melhor na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e transmissíveis, trabalhar com crianças, adolescentes, idosos, gestantes, em população com fatores de risco e de esta forma poder fazer o trabalho da atenção primaria do saúde, embora percebemos que essa população e debates abertos ao público se as visitas domiciliares fazem aos pacientes de forma planejada.

As principais doenças tem essa população é a pressão arterial, diabetes mellitus, dislipidemias, em menor quantidade asma, ocorrem um uso abusivo de antidepressivos e de psicofármacos, sendo um problema significativo em que deve ser trabalhado na comunidade. Espero que possamos em breve realizar esse sonho que apesar de começar do zero alcançar nossos principais objetivos de cuidados de

qualidade a toda a população, nos lugares mais remotos e melhorar assim os índices de saúde de população brasileira. Este texto foi escrito em 1 de agosto de 2014, durante o desenvolvimento das atividades de ambientação ao curso.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A cidade de Espumoso tem aproximadamente 15271 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2008, localizado na região centro-norte do Rio Grande do Sul, como mostra a Figura 1. Muitos são descendentes de alemão, italiano e português localizado na região centro-norte do Rio Grande do Sul, sendo a maior cidade da microrregião do alto Jacuí. Faz limite com os municípios de Campos Borges, Alto Alegre Jacuizinho, Soledade, Tapera, Mormaço e Víctor Gresf. É um município totalmente agrícola na linha econômica com plantações de soja e trigo. O modelo de atenção em saúde predominante que tem no município é o Sistema Único de Saúde (SUS), concebido como um sistema nacional e público de saúde, no município predominam uma população carente e usuária do SUS, principalmente nas Unidades Básica de Saúde (UBS).



Figura 1: mapa do município de Espumoso/RS com seus municípios limites. Disponível em: https://www.google.com.br/search?q=mapas+de+esppumose/rs&ie=utf-8&oe=utf8&gws_rd=cr&ei=gAWpVbWJI8ODwgTonKK4Cw

Na área urbana, 96% das residências são abastecidas com água de poços artesianos tratados pela Companhia Rio-grandense de Saneamento (CORSAN). Quanto à coleta de lixo, o mesmo é realizado diariamente e depositado em um aterro distante 8 km da cidade. O lixo hospitalar é recolhido e incinerado in loco. Há também na cidade diversas fábricas de roupas e de calçados.

No município há Escolas de Ensino Médio, Escolas Estaduais Escolas de Educação Infantil, Escolas Particulares e Centro de Professores do Estado do Rio. A educação se faz com vontade, interesse, dedicação e comprometimento de todos multiplicando o sucesso a partilha de solidariedade, tendo como resultado um cidadão consciente e feliz.

Quanto à cultura e turismo o município carece de hotelaria e os restaurantes apresentam uma gastronomia pouco atrativa. O turismo rural é o mais praticado, destacando-se os Rodeios Interestaduais, Seminário Internacional de Educação e Atividades Religiosas. Destacam-se atividades Pascoais com a Encenação da Paixão e morte de Cristo, Semana das Crianças, Semana Farroupilha, Semana Cultural, Recital de Corais e o Festival Internacional de Folclore realizado a cada dois anos.

O município conta uma UBS mista, na região central da cidade onde está localizada a secretaria municipal de saúde, uma UBS na periferia da cidade com Equipe de Saúde da Família (ESF) e cinco pequenas postos no interior do município, as mesmas recebem atendimento uma vez por semana. Contamos com um hospital Filantrópico, que recebe os usuários com necessidades de internação e urgência, e um hospital regional que assume outras especialidades que não temos no município, tem além dois laboratórios privados, porém prestam serviços para SUS, através convênios e município dispõem de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), onde se realizam próteses a usuários desdentados e com baixa renda, tratamentos odontológicos, (canal) doenças periodontais muitos frequentes em idosos, cirurgias complexas, no CEO só realizam-se as próteses totais e alguns procedimentos. Mas temos ainda que nosso município um sistema privado (sistema de saúde suplementar) composto por pessoas vinculado as operadoras de saúde.

Realizo atendimento na UBS central três vezes na semana, e uma vez no interior. A UBS central possui características estruturais adequadas para um atendimento adequado, possui uma extensão de 400m², com dois andares, contamos com um ambiente adequado para a recepção que garante a privacidade e comunicação privada com os usuários, durante o acolhimento na UBS com todas as características estruturais em concordância com o modelo no manual sobre estrutura que deve ter uma UBS. Composto de farmácia, recepção, duas salas para triagem, uma sala de nebulização, cinco consultórios médicos (três clínicos geral, um

pediátrico, um ginecologia), um consultório nutricional, dois consultórios odontológicos, três leitos de observação, dois consultórios de psicologia (adultos e pediátrico), assistência social, sala de fisioterapia, sala de reunião, departamento do saneamento e controle de pragas, três salas de encaminhamento de média e alta complexidade para os municípios da vizinhança, banheiros em andar superior e inferior para pacientes e funcionários dois em cada andar e as oficinas administrativas de secretaria de saúde. Estão proposto a criação de três equipes de saúde da família já que ela recebe o atendimento parte da população urbana e rural em sua totalidade, tem os profissionais necessários para que possam formar as três equipes.

Não contamos com todos os recursos audiovisuais necessários para o trabalho, mas temos serviço de internet que todos os profissionais têm acesso ao serviço. Iniciou a três meses o atendimento com prontuários eletrônicos que facilitou o atendimento mais integral e uma melhor coleta de dados.

São utilizados os protocolos de encaminhamento dos usuários a outros níveis de atenção do sistema de saúde, como atendimento nas especialidades, internação hospitalar, atendimento em serviços de pronto atendimento e de pronto socorro, respeitando fluxos de referências, mas nem sempre obtemos as contra referências. Ao realizar encaminhamento dos usuários, o tempo para este receber o atendimento, tem dificuldade em algumas especialidades e nunca conhecemos a conduta toma com eles, aspecto que não permite um bom desenvolvimento do programa de atenções de medicina familiar que constitui a porta de entrada de sistema de saúde.

A secretaria de saúde tem garantido a resolução das condições para o acolhimento e dividido encaminhamento do usuário do SUS devendo ser prestadas informações claras ao usuário sobre os critérios de priorização do acesso a outra unidade, deve ser baseada em critérios de vulnerabilidade clínica e social sem qualquer tipo de discriminação ou privilegio. Mas em muitas ocasiões é muito demorado algumas especialidades, como por exemplo a oftalmologia pediátrica e neuropediatra.

Na UBS ainda não têm equipes de saúde funcionando, pois não temos uma população definida, poderão funcionar três equipes na UBS (Figura 2). Estão sendo preparados mais ACS, para trabalhar no cadastramento da população, o cadastramento da área rural já foi concluído, pois os ACS moram nas comunidades

do interior onde exercem suas funções. Existe pouca vinculação com as unidades do ensino, questões que devemos trabalhar mais pela importância que tem as atividades preventivas e educativas. Estas constituem atividades a realizar para melhorar nosso trabalho, com o cadastramento da população, conformações das equipes de saúde começariam a fazer mudanças em nosso município, e melhoraria a relação com as comunidades, os usuários teriam uma melhor comunicação e sentiriam a verdadeiro trabalho de uma equipe em sua casa e, mais confiança para receber os atendimentos. Em geral se tem conhecimento do território de abrangência, se conhece suas atividades religiosas, histórica social e políticas, seus costumes, as diferenças sociais, as necessidades, problemas e demandas de população que habita neste território, nem todos os profissionais participam do mapeamento, mais temos que incentivar todos os profissionais para tornar-se parte ativa neste processo.



Figura 2. Centro Municipal de Saúde Dr^o Gerardo Barbosa, Espumoso/RS, 2015. autor; Santa Diaz.

Os profissionais fazem atendimentos na UBS e nas comunidades do interior, nos domicílios, nas escolas, colocando em prática o decreto presidencial 6.323 de cinco de dezembro de 2007, do Ministério da Saúde do Brasil, que incluiu programas de saúde nas escolas, com a finalidade de contribuir a formação integral dos estudantes mediante ações de promoção e prevenção de saúde, mas temos que

ampliar a atenção a outros locais como as igrejas, indústrias, centros comunitários e sociais do município. Nossa unidade presta atendimento de urgência e emergência, e os procedimentos cirúrgicos menores são feitos no hospital.

Existem dificuldades com a participação da comunidade no controle social, para identificar parceiros e recursos que possam potencializar nossas ações, precisamos que trabalhar muito neste sentido, integrar a mais o conselho de saúde e as equipes, para assim alcançar um melhor trabalho das comunidades e com as equipes. Está sendo realizado um levantamento pelas ACS dos usuários que necessitem atenção domiciliar, para poder planejar sua visita, e todos os usuários que estão com algum risco de saúde, as grávidas, as crianças, os portadores de doenças crônicas não transmissíveis. Neste sentido temos que falar sobre a necessidade que todos os profissionais se envolverem na realização de todas as atividades e que se sintam responsáveis pelo processo de trabalho.

Quanto à distribuição da população por sexo e faixa etária não temos os dados atualizados, já que ainda se trabalha no cadastramento, mas trabalhamos com dados de o último relatório feito 2013 na UBS, e que corresponde a uma população estimada do último censo da população de 11000 habitantes (Figura 3).

Figura 3. Tabela com a distribuição da população por sexo e faixa etária do município de Espumoso/RS, 2015.

Distribuição da população	População estimada	População cadastrada na UBS
Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	3412	3345
Mulheres entre (25-64 anos)	302	1858
Mulheres entre (50-69 anos)	1135	986
Gestante na área 1,5% da população	165	22
Pessoas menores de 1 ano	132	100
Pessoas menores de cinco anos	264	247
Pessoas de 5-14 anos	1632	1603
Pessoas de 15-59	7206	7283
Pessoas de 60 anos o mais	1503	1767
Pessoas com 20 anos o mais HAS	2460	1286
Pessoas com 20 anos o mais DM	703	284
População de Homens		5390
População de Mulheres		5610

Fonte; análises situacional UBS Gerardo Barbosa ,2015, espumoso, R.S

Após a análise das características demográficas, observamos uma diminuição nos índice de gravidez, assim como a natalidade e isso segue os números registrados em o arquivo nacional em os últimos 10 anos os nascimentos estão decrescendo, e a população está envelhecendo, cada vez nascem menos crianças e diminuem a quantidade de crianças por famílias.

Na UBS os serviços acontecem todos os dias da semana em dois turnos de trabalho, e são feitas consultas tanto agendadas como de demanda espontânea, sendo esse último em maior número. Como não trabalhamos como equipe de saúde, os atendimentos de puericultura são feitos pelo pediatra, e atenção pré-natal pelo ginecologista, não se tem planejadas as consultas de puericulturas a outros grupos de crianças que devem receber atendimento, em ocasiões os usuários que acedem por demanda espontânea após de nossa avaliação já passam a serem usuários com consultas agendadas, muitas das patologias atendidas são patologias crônicas que necessitam de um seguimento adequado para poder evitar complicações, mas como toda troca muitas vezes se faz difícil trabalhar com os

usuários de forma planejada, para que assim compreendam a necessidade de um atendimento contínuo para receber todas as orientações necessárias das doenças.

As características demográficas, identidade cultural dos povos e as características das pessoas que trabalham na UBS também determinam muitas vezes os resultados do trabalho. Trabalho em uma UBS onde a população recebe atendimento por demanda espontânea, onde a pediatria e ginecologista faziam os atendimentos e não tem costume de receber um atendimento continuado a outro grupo de idade, procuram a UBS quando ficavam doentes, e os protocolos do atendimento não se cumprem em sua totalidade. As famílias não consideram importante o atendimento contínuo da criança, apesar de conhecer sua responsabilidade pelas necessidades física, proteção, cuidado e educação além disso cada família tem sua própria maneira de cuidar a seus filhos, temos situação que determinadas vezes recebem todo o atendimento particular e só as vacinas são feitas pelo SUS.

Em relação à saúde da criança UBS central temos estimado 132 crianças de 0 mês a 72 meses, mas a cobertura é de 87% com um total de 100 crianças acompanhadas na UBS. As ações desenvolvidas são: imunizações, preventivo de anemia, preventivo de violência, promoção de aleitamento materno e hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, teste do pezinho e da orelhinha. Muitas são as atividades são desenvolvidas com este grupo de risco, pois uma boa infância leva a uma vida adulta saudável. Não temos registros específicos para o acompanhamento das crianças. Mas temos que educar a população com educação preventiva, arma para lutar contra as doenças, e as sequelas que elas podem causar. É necessário ampliar a cobertura das crianças e trabalhar com os protocolos do Ministério da Saúde, melhorar nosso trabalho e de UBS, os ACS realizam um importante papel com as crianças de sua área de abrangência, com um bom trabalho de equipe poderemos modificar esta cobertura e melhoraremos muito a qualidade.

Em relação ao pré-natal são acompanhadas 22 gestantes da área cadastrada com uma cobertura de 13%, porém são estimadas 165 gestantes. O atendimento pré-natal é realizado todos os dias da semana, pelo ginecologista, o protocolo do atendimento é cumprido e todas as gestantes são captada no primeiro trimestre, são realizados os exames laboratoriais indicados, com as consultas do acordo com as indicações do Ministério de Saúde, recebendo a orientação nutricional, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal, problemas

de saúde mental, controle de cânceres de colo do útero e mama, vacina antitetânica e contra as hepatites B, a suplementação de sulfato ferroso, exame ginecológico em todos os trimestres, orientadas sobre alimentação saudável, a importância do aleitamento materno exclusivo e os riscos do tabagismo e alcoolismo. São orientados sobre a importância do atendimento ao recém-nascido seus cuidados, se recomenda sua assistência para fazer revisão ao recém-nascido, e as puérperas antes dos sete dias. É necessário envolver mais aos profissionais, ampliar a cobertura, realizar atividades educativas com a população, realizar visitas domiciliares, explicando a importância de uma boa atenção pré-natal, elevando a qualidade e cobertura de nossa atenção.

Quanto ao puerpério são estimadas 132 puérperas sendo acompanhadas 49% dessas (65). Ao observar número de criança e número de consultas de puerpério, observamos que este indicador não está bem, pois não tem costume de fazer uma avaliação do puerpério, não se faz sua avaliação compreendo os protocolos pactuados. Destacando assim a importância de grupo de gestantes, temos que aumentar do número de participantes, ajudar a modificar esses fatores do risco, no dia a dia do trabalho, estar sempre aberto para a escuta das dúvidas, medos e anseios, as orientações precisam ser apropriadas tendendo em conta a característica de cada uma delas, rompemos muitas barreiras o processo de gestação se vive como um processo fisiológico e a gestantes ganham em segurança, mas a família e a equipe, nós temos que dirigir nosso trabalho para criar um ambiente de confiança.

Em relação prevenção do Câncer de Colo de Útero a detecção precoce de lesões precursoras do câncer por meio do exame citopatológicos, é uma estratégia reconhecida para diminuir a mortalidade por câncer de colo, mas apesar de que temos esses conhecimentos, persistem ineficiências na organização da rede de serviço, da integralidade, da qualidade do programa, seguimento das mulheres, e participação consciente no programa, muitas são as dificuldades tem precisamos enfrentar para o cumprimento do programa, muitas mulheres não valorizam o mesmo, pode estar relacionado com ao baixo nível cultural, desconhecimentos de sua importância do diagnóstico precoce e valorização dos costumes populares.

Neste programa temos dificuldade pois só é feito um dia da semana e em turno único, sendo necessário agendar com antecedência, os usuários se deslocam

de lugares muito distantes o que dificulta sua assistência, na UBS há 2 anos não tem citopatológicos positivos só 50 inflamatórios.

A cobertura ainda está baixa sendo que o número estimado é de 3028 mulheres e são acompanhadas na UBS 1858, representando uma cobertura de 61%, e dessas somente 28% realizou exame citopatológicos. Será necessário envolver mais profissionais neste programa, aumentando assim a cobertura, para isso é muito importante o cadastramento da população, para a realização de pesquisa ativa de todas as mulheres que estejam compreendidas em nesta faixa etária e poder trabalhar com elas, se desconhece o número real para trabalhar e que o programa cumpra com as metas, aproveitar cada âmbito de nosso trabalho para transmitir a importância do diagnóstico precoce, educar para prevenir, realizar programas de promoção e prevenção, com o mapeamento e distribuição da população obter um primeiro passo para a luta contra o câncer de colo de útero. Levar aos postos do interior o programa para que seja realizado para melhorar esse indicador.

Será necessário que nosso trabalho tenha que encaminhar-se a resolver estas dificuldades e aumentar mais as ações de educação em saúde, sobre os fatores do risco e a importância do diagnóstico precoce, palestras educativas sobre infecção pelo vírus Papiloma humano, as doenças de transmissão sexual, a sexualidade, múltiplos parceiros sexuais, tabagismo, uso prolongado de contraceptivos orais a importância de uma higiene adequada.

Ao fazer a análise do comportamento de preventivo de câncer de mama, temos dificuldades mesmo trabalhando com população estimada de 1135 sendo que com atendimento conhecido na UBS 986 mulheres sendo a cobertura de 87%, e com mamografia em dia 430 mulheres, que representa 44%. Observamos uma baixa cobertura nas consultas de rastreamento do câncer de mama, pelos médicos e enfermeiros todos os dias da semana. A cobertura por livre demanda das mulheres não é suficiente, a equipe tem que insistir com atividades, educativas constantes, aproveitar as oportunidades na abordagem às mulheres que comparecem na unidade, por outros motivos, oportunizando ainda o fortalecimento do vínculo da mulher com equipe de profissionais da saúde. Realizar atividades de educação das mulheres para identificar os sinais e sintomas do câncer de mama, porém só naquelas que procuram atendimento, é utilizado o protocolo do Ministério da Saúde do ano de 2012. É importante formar grupos de mulheres nas comunidades, onde

elas possam expressar suas preocupações, queixas e temores, temos que ensinar a fazer o autoexame de mama.

O número de usuários estimados na área de abrangência com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é 2460, sendo acompanhados 1286 usuários até o momento, o que representa uma cobertura de 52%. O atendimento é feito todos os dias da semana em todos os turnos, os profissionais envolvidos em este tipo de atendimento, conhecemos protocolos mas nem todos os aplicam, é realizado um atendimento integral com orientação de alimentação saudável, é utilizado a classificação do risco cardiovascular dos adultos, e se necessário utilizam os protocolos do encaminhamento, realizam registro de pacientes no prontuário eletrônico, na ficha nutricional, e na ficha espelho de vacina. Não se tem um registro específico no controle de usuários com HAS.

É realizado grupos de usuários hipertensos e diabéticos, se reúnem a cada 2 meses tem 20 grupos, porém ocorre uma baixa adesão da população aos grupos, neste momento se faz controle dos usuários, onde são dadas orientações nutricionais e sobre a importância de fazer exercícios físicos, precisamos trabalhar para que os usuários retornem as consultas.

Na UBS central são estimamos 703 adultos com Diabetes Mellitus (DM), mas são acompanhados 284 usuários representando uma cobertura de 40%. Não temos registros específicos de usuários com DM, só conhecemos os pacientes que recebem atendimento na UBS nos últimos 3 meses, onde se registram os mesmos no prontuário eletrônico, mas com estamos trabalhando para garantir um adequado controle, se faz em cada consulta uma análise integral dos usuários, buscando sempre os fatores de risco, ou outros sinais de alerta sobre qualquer possibilidade de complicações.

Nossa UBS presta atendimentos aos usuários portadores dessa doença todos os dias da semana em todos os turnos, recebendo orientação sobre modos de vida saudável, a alimentação saudável, a prática de exercício físico, importância de seu bom controle metabólico, manter uma boa saúde bucal e mental, conhecer sinais de complicações, riscos da obesidade, alcoolismo, tabagismo, sedentarismo, sendo realizado avaliação de risco. Utilizam-se os protocolos de atendimento do Ministério da Saúde de 2012 para os encaminhamentos.

Apesar dessas evidências incontestáveis, esses fatores relacionados a hábitos e estilos de vida continuam a crescer na sociedade elevando o número de

incidências e prevalências da HAS e DM, assim como do seu controle inadequado, sendo importante a abordagem individual e coletiva para obter resultados mais consistentes, na promoção da saúde para DM e HAS acabam coincidindo no mesmos usuários ambas doenças, que levam a muitas complicações. Temos que melhorar nossos métodos e estilos de trabalho que poderiam melhorar a qualidade do controle do HAS e DM aumentar mais as ações de educação, divulgação, sobre as modificações do estilo de vida, uma alimentação saudável, com baixo consumo de sal, gorduras e açúcares, um controle adequado do peso, a prática de atividade física regular, evitar o tabagismo e uso excessivo de álcool, esses são fatores de risco que podem ser modificados e que devemos fazer uma intervenção em tempo para evitar complicações.

Quanto ao número de idosos residentes na área de abrangência e conhecidos até agora não coincide com o número estimado (1503), é conhecido com o cadastro atualizado até agora 821 usuários idosos, que representa 55%. O atendimento de idosos acontece todos os dias da semana, tendo prioridade seu atendimento, sendo o atendimento aos problemas crônicas e agudos é realizado a todos aqueles que procuram a UBS sendo da área da abrangência. Não tem os protocolos do atendimento, não é feito a avaliação multidimensional da pessoa idosa. Entre as ações desenvolvidas na UBS estão a promoção de atividade físicas, de hábitos alimentares saudáveis, saúde bucal, mental, prevenção do alcoolismo, da obesidade e combate ao sedentarismo.

Não temos registro específicos dos idosos, seus atendimentos são registrados o prontuário clínico, ficha de atendimento nutricional e ficha espelho de vacina, não é feito avaliação geriátrica para avaliar a capacidade funcional global dos idosos, mas se explica aos familiares dos idosos como identificar sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência no idoso como HAS, DM e depressão. Caderneta de Saúde da pessoa idosa está presente em 55% dos idosos, mas nem sempre são utilizadas pelos profissionais, se utiliza o estatuto de saúde do idoso da rede nacional, temos que trabalhar para que se realizem todas as atividades em o idoso e tenhamos uma valoração integral de sua saúde.

A atividade de grupo com os idosos é liderada pela assistência social, temos um grupo de saúde mental onde são atendidas pessoas com depressão, um grupo de homens fundamentalmente com dependência alcoólica, outro grupo de idoso que tem prestação continuada onde se faz atividades culturais e recreativas, e prática de

exercícios, os encontros são semanais e sempre tem acompanhamento dos profissionais, se faz visitas domiciliar aos idosos que precisam do cuidado. Os ACS informam os idosos que precisam desse tipo de atendimento.

. Nossa UBS presta atendimento todos os dias à semana e em dos turnos de trabalho, ela e feita por quatro odontólogos concursados pôr a prefeitura que tem horas programadas, em a UBS temos dos consultórios odontológicos, onde e realizado atendimento todos os dias, e o interior temos três posições que se faz uma vez por semana em os dois turnos de trabalho, juntos com um atendimento integral com o médico, técnico de enfermagem. Muitos odontólogos fazem atendimentos 10 horas e outros 20 isso completas as horas semanais.

Não contamos com equipe de saúde da família, não tem assistentes do consultório odontológico pelo que são feitas por o geral das ações por pacientes. Elos são os responsáveis de fazer todas as ações em seu posto de trabalho, preparando todo o material e tem que fazer sua programação.

1.3 comentário comparativo entre texto inicial e o relatório da analises situacional

Neste momento destaco que o tempo transcorrido desde a segunda semana de início do curso até o presente relatório tem ampliado o nosso conhecimento acerca do município de Espumoso de forma geral e mais especifica de nossa unidade básica quanto á Atenção Primaria de Saúde (APS) e ações programáticas desenvolvidas na mesma.

Inicialmente, poucos detalhes eram conhecidos referentes a estrutura, composição, funcionamento, organização e planejamento das ações de saúde que com o passar do tempo percebemos as principais deficiências e limitações existentes na unidade. Atualmente, a equipe de saúde está mais atualizada em relação a estas dificuldades e em condições de traçar metas e estratégias para ofertar uma Medicina Familiar com qualidade buscando sempre a satisfação dos usuários com melhoria da qualidade de vida dos mesmos.

Durante a análise situacional relatada, foram apresentadas as características da UBS, conhecendo as principais deficiências dos programas, tenho uma visão geral de todas as atividades da UBS, precisamos concentrar nossos esforços para melhorar cobertura e qualidade do atendimento, muito profissionais apoiam o trabalho e sentem satisfeitos de olhar cada dado coletado, com nosso trabalho temos a certeza que quando as equipes iniciarem o trabalho não teremos tantas dificuldades, temos mais profissionais envolvidos nas atividades.

As dificuldades que encontrei nestes meses de trabalho, é possível concluir que muitas acontecem por falta de vontade dos profissionais para trabalhar direito, é possível observar a falta de organização e planejamento adequado, as barreiras mentais e muitas ocasiões o desconhecimento e desumanização, o não cumprimento de orientações do Ministério de Saúde, a contribuído para que muitas destas atividades não são feitas com a qualidade necessária. Na verdade estamos tentando mudar muitas coisas desde nossa chegada, ainda não trabalhamos em equipe, porém tratamos de fazer mudanças, mas temos um caminho longo em que temos que trabalhar, mas vamos a consegui-lo porque confiamos nos homens e cada homem tem vontade para conseguir que melhorem as condições, e povo se merece que a saúde com qualidade este perto de sua casa.

Todas as ações são importantes e para ter uma boa atenção pré-natal, da criança, da bucal, de doenças crônicas como HAS e DM, câncer do colo do útero e mama e saúde, do idoso, serão necessário mudar muitas coisas como trabalhar em equipe, humanizar mais os atendimentos, contar com o apoio dos gestores de saúde e funcionários. Será necessário implementar os protocolos e regras do Ministério da Saúde do Brasil, só assim poderemos levar nosso objetivo a um bom final. Pouco são as modificações realizadas, muitas barreiras ainda persistem para que o trabalho seja feito como uma verdadeira equipe de saúde da família esperamos que pudesse ser melhorada nossa situação e ao final seja beneficiado o povo no brasileiro, muito profissionais que no princípio tinham dúvidas se sentem mais perto de nós, observando nosso trabalho no dia a dia e nosso interesse para que o usuário esteja satisfeito com o trabalho realizado e seja valorizado integralmente.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As doenças cardiovasculares constituem uma das principais causas de morbimortalidade na população brasileira, e a Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus representam dois dos principais fatores de risco para essas doenças, que devem ser diagnosticadas e tratadas precocemente. A importância da realização do trabalho de intervenção nos usuários com HAS e DM leva em conta que a maioria das consultas realizadas na UBS estão relacionadas a essas duas doenças, é a relevância que tem as atividades de promoção e prevenção para garantir qualidade de vida, evitar hospitalização e os consequentes gastos, pelo que o controle adequado e seguimento evitariam complicações e danos à saúde dos usuários. Com o propósito de que o trabalho seja feito com a qualidade necessária e ao final a população se beneficie, desejando uma valorização integral de cada usuário que apresenta essas doenças, iremos trabalhar com a prevenção com os que têm fatores de risco para desenvolver estas doenças, utilizando os cadernos de ações programáticas de diabetes mellitus e hipertensão arterial (BRASIL, 2013).

A UBS central tem características estruturais adequadas segundo Ministério de Saúde, localizado na cidade do Espumoso, os profissionais também realizam atendimentos nos postos do interior uma vez na semana. A UBS tem uma recepção com todas as condições de fazer o acolhimento dos usuários de maneira adequada e fazer a sua classificação, duas salas de triagem, duas de curativos e uma sala de nebulização, cinco consultórios onde se oferecem consultas médicas e de enfermagem, um consultório pediátrico, um ginecológico, um consultório nutricional, dos consultórios odontológicos, uma sala de observação com três deito, assim como banheiros para pacientes e funcionários no andar superior, e no andar inferior encontra-se as salas de encaminhamentos, as oficinas de os funcionários, sala de

esterilização, expurgo, consultórios de psicologia adulta e pediátrica, departamento de fisioterapia, trabalho social, departamento do saneamento e controle de pragas, sala da reunião e banheiros para os funcionários e usuários, temos profissionais suficientes para montar três equipes de saúde, mas ainda não trabalhamos com uma equipe, a população definida para trabalharmos é de 11000 habitantes, com um cadastro atual de 50% da população.

A UBS central oferece atendimento à população da cidade e do interior, sendo acompanhado 1287 usuários com HAS de um total estimado de 2460, com uma cobertura de 52%. E são acompanhados 284 usuários com DM de 703 estimados, sendo a cobertura de 40%. Precisamos melhorar a cobertura das ações em saúde, melhorar o atendimento aos usuários e prevenção das doenças. Estamos melhorando a atenção integral aos usuários, trabalhando com prontuários eletrônicos, mas ainda temos muito trabalho para fazer até conseguirmos a ótima qualidade. São realizados grupos de diabéticos e hipertensos com falas sobre os fatores de risco, sobre alimentação saudável, a importância da prática de exercícios físicos, do cuidado com os pés e boca, assim como sinais de alerta para identificar fatores de risco, como prevenir complicações e a importância de assistir as consultas planejadas.

Com a proposta de intervenção para melhoria da saúde dos hipertensos e diabéticos, ampliaremos a cobertura de atendimento, trabalharemos com a valorização integral de os usuários. Após conhecermos o número real de usuários com HAS e DM, melhoraremos o conhecimento dos usuários acerca de sua doença e como prevenir suas complicações, temos um importante número de profissionais envolvidos no projeto. O trabalho é um desafio, pois temos uma população muito grande não coberta em sua totalidade por ACS, não cadastrada e que não tem costume de realizar controle correto de suas doenças, pois na maioria das vezes só procuram atendimento quando estão doentes, e por isso encontramos muitos com lesões em órgãos alvo. Com nosso trabalho melhoraremos os conhecimentos da população alvo sobre doenças, realizaremos um trabalho preventivo para evitar complicações, e trabalharemos com os fatores de risco, fazendo uma abordagem individual e coletiva para obter resultados duradouros.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar da atenção à saúde de usuários hipertensos e diabéticos na UBS Gerardo Barbosa, Espumoso, RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a Hipertensos e/ou Diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 70% dos Hipertensos da área de abrangência no programa de atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de Saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 60% dos Diabéticos da área de abrangência no programa de atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da 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.

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

Meta 3.1. Buscar 100% dos Hipertensos faltosos às consultas na unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2. Buscar 100% do Diabético faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4. Melhorar os registros das informações

Meta 4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% de Hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Meta 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes Hipertensos.

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

Meta 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes Hipertensos.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes Diabéticos.

Meta 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes Hipertensos.

Meta 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes Diabéticos.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Drº Gerardo Barbosa, no Município de Espumoso, RS. Participarão da intervenção os usuários hipertensos diabéticos, nas faixas etárias de 20 anos e mais.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1.1 Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade os hipertensos cadastrados, atualizando os registros pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) 1 vez por mês, mediante o uso de planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa Hiperdia, primeiramente realizando um registro para o cadastro da população hipertensa na área de abrangência da unidade, incluindo usuários que

buscam consultas por demanda espontânea, além de reorganizar agendas de trabalho incrementando os atendimentos semanais e as visitas domiciliares para realizar busca ativa destes usuários.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: realizar palestras em bairros comunitários, estabelecimentos públicos, igrejas, além de meios de difusão em massa, com apoio da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde e o ACS em reuniões semanais na unidade para o cadastramento destes usuários e treinar a equipe para a verificação da pressão arterial com uso adequado do material.

Meta 1.2 Cadastrar 60% dos Diabéticos da área de abrangência no programa de atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de Saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: Avaliar em conjunto com a equipe de saúde da unidade os diabéticos cadastrados, atualizando os registros pelos ACS uma vez por mês, mediante o uso de planilha de coleta de dados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes e garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa Hiperdia, realizar um registro para o cadastro da população diabética na área de abrangência da unidade, incluindo usuários que buscam consultas por demanda espontânea, além de reorganizar agendas de trabalho incrementando os atendimentos semanais e as visitas domiciliares para realizar busca ativa destes usuários.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: realizar palestras em bairros comunitários, estabelecimentos públicos, igrejas, comércio, além de meios de difusão em massa, com apoio da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde e o ACS em reuniões semanais na unidade para o cadastramento destes usuários e treinar a equipe para a realização do hemoglicoteste.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensos e/ou Diabéticos.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Por ocasião da primeira consulta o profissional de saúde realizará uma adequada história clínica com exame físico completo, solicitando exames complementares obedecendo a frequência estabelecida pelo protocolo, além de encaminhar os usuários ao atendimento odontológico, quando se fizer necessário.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos; organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: O especialista em medicina geral será o encarregado de realizar o exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos em cada consulta. Além disso, estabeleceremos um encontro mensal para a capacitação e atualização dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade. A mesma dispõe da versão atualizada do protocolo impressa e em formato eletrônico para que toda a equipe possa consultar quando seja necessário, para esclarecimento de dúvidas em relação à HAS e DM.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Orientar tanto aos usuários como a comunidade através das palestras realizadas durante o grupo de hipertensos e na comunidade, sendo de vital importância para alcançar um adequado controle da doença evitando complicações crônicas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde para realizar um adequado exame clínico mediante encontros, com frequência mensal na unidade de saúde.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Esta ação será realizada por meio das fichas clínicas mantendo controle dos exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo e em caso de alterações será avaliada a necessidade de intervenção por meio de tratamento e após nova solicitação de exames para avaliar o estado atual do paciente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Garantir a solicitação dos exames complementares; garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Com apoio do gestor municipal, solicitamos a realização dos exames complementares definidos no protocolo para que os mesmos sejam feitos com agilidade e estabelecer um sistema de alerta para os exames preconizados.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e orientar os usuários e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Realizar palestras durante o grupo de hipertensos e diabéticos e nos bairros comunitários para manter adequada realização e periodicidade dos mesmos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde para seguir o protocolo adotado na unidade através de um encontro mensal na própria unidade.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Realizar monitoramento aos medicamentos da Farmácia com frequência mensal sobre responsabilidade da enfermeira e do técnico de farmácia.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO.

Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar controle de estoque, validade dos medicamentos e registro das necessidades com frequência mensal sob responsabilidade da enfermeira e do técnico de farmácia.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Orientar mediante encontros da equipe, aos usuários de forma individual enquanto consulta e à comunidade com frequência semanal, pela enfermeira, médico e técnico em enfermagem.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes, capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Atualizar os profissionais da equipe quanto ao tratamento da hipertensão e diabetes em reuniões mensais na unidade, pelo médico. Como também capacitar a equipe para orientar aos usuários sobre as possíveis alternativas para obter os medicamentos da Farmácia Popular.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar os usuários hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Realizar monitoramento e avaliação periódica odontológica, com frequência mensal, aos usuários hipertensos e diabéticos que necessitarem de avaliação odontológica.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos/diabéticos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos usuários provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Realizar acolhimento a todos os hipertensos para avaliar a necessidade de atendimento odontológico da área abrangência, sendo oferecido este serviço em 4 dias da semana nos diferentes turnos. Além disso, será feita uma agenda de saúde bucal para a realização deste atendimento pelo odontologista.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Orientar, pela equipe de saúde, em encontros semanais, a comunidade mediante palestras nos bairros comunitários.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Capacitar a equipe, em reuniões mensais na unidade, para avaliar os usuários hipertensos e diabéticos quanto à necessidade de avaliação odontológica.

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

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

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

Monitoramento e avaliação: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Realizar monitoramento para o cumprimento da periodicidade das consultas com frequência mensal, pelo médico de família.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Cada ACS da unidade é responsável por uma micro área, o que permitirá a busca dos pacientes hipertensos e diabéticos faltosos de forma mais rápida por meio da visita domiciliar agendando-os para uma nova consulta.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Realizar encontros, por bairros, com a comunidade, com frequência mensal para ouvir a comunidade. Responsabilidade dos agentes comunitários, enfermeiros e médico.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Capacitar os ACS, em reuniões semanais para orientar os hipertensos e diabéticos quanto as consultas e periodicidade das mesmas. Será realizado pela enfermeira e médico.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar monitoramento quanto à qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos com uma frequência mensal, pelo médico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Manter as informações do SIAB atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento dos registros e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: A enfermeira e médico serão os responsáveis pelo monitoramento e atualização dos registros. Será organizado um sistema de registro que viabilize situações de alerta em quanto ao atraso na realização de consulta, na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, através do registro dos hipertensos e prontuário eletrônico. Solicitaremos ao gestor municipal a possibilidade de Fichas Clínicas para realizar um adequado controle a estes usuários.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Orientar aos usuários mediante a consulta individual pelo médico e por meio de encontros com a comunidade, organizados por bairros, com uma frequência semanal por agentes comunitários, enfermeira e médico.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: A equipe será capacitada em reuniões semanais com apoio do setor da informática, da enfermeira e médico.

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.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Realizar monitoramento do número de usuários hipertensos e diabéticos com seguimento anual dos usuários de baixo risco, orientando sobre estilo de vida saudável, com seguimento semestral dos pacientes de risco intermediário realizando orientações sobre estilo de vida saudável, e com seguimento trimestral dos pacientes de alto risco orientando também sobre estilo de vida saudável, sendo responsável a enfermeira e médico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Serão priorizados os atendimentos dos usuários avaliados como alto risco e organizar-se-á uma agenda para este tipo de demanda pela enfermeira e médico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Esta ação será realizada através das consultas individuais pelo médico, diariamente e por meio de palestras em bairros comunitários, realizadas pela equipe de saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo; capacitar a equipe para a importância do

registro desta avaliação e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: A equipe de saúde será capacitada em reuniões programadas na unidade pela enfermeira e médico.

Objetivo 6. Promover a saúde de Hipertensos e Diabéticos.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realizar monitoramento semanal de todos os hipertensos e diabéticos que recebem orientação nutricional sobre alimentação saudável, sendo responsável o médico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: A gestão do serviço será organizada para que a equipe realize ações de promoção em saúde coletiva com uma periodicidade semanal na unidade e a comunidade, envolvendo aos nutricionistas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Os usuários hipertensos/diabéticos serão orientados em consulta de forma individual e na comunidade através de encontros nos bairros comunitários, com frequência semanal por agentes comunitários, enfermeira, médico e nutricionista.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A equipe será capacitada sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde, em reuniões programadas na unidade pela enfermeira, médico e nutricionista.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

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

Detalhamento: Realizar-se-á monitoramento semanal de todos os hipertensos e diabéticos que recebem orientação para atividade física regular sendo responsável o médico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: O serviço será organizado para que a equipe realize ações de promoção em saúde coletiva com uma periodicidade semanal na unidade e a comunidade, envolvendo educadores físicos nesta atividade.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: Os usuários hipertensos/diabéticos serão orientados em consulta de forma individual e na comunidade através de encontros nos bairros

comunitários, com frequência semanal por agentes comunitários, enfermeira, médico e educadores físicos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: A equipe será capacitada sobre prática de atividade física regulares com auxílio de metodologias de educação em saúde, nas reuniões programadas na unidade pela enfermeira e médico.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realizar-se-á monitoramento semanal de todos os diabéticos que recebem orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% destes pacientes, sendo responsável o médico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

Detalhamento: A equipe de saúde procurará garantir junto ao gestor de saúde a disponibilidade de medicamentos para o tratamento do abandono ao tabagismo para os usuários tabagistas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Os usuários hipertensos e diabéticos serão orientados em consulta de forma individual diariamente pelo médico.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Capacitar-se-á a equipe para o tratamento destes usuários utilizando metodologias de educação em saúde em reuniões da unidade pela enfermeira e médico.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.

Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realizar-se-á monitoramento semanal de todos os hipertensos e diabéticos que recebem orientação sobre higiene bucal, sendo responsável o médico e o odontologista.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: O serviço organizará tempo médio de consultas garantindo orientações sobre higiene bucal de forma individual, diariamente, sendo responsável a enfermeira e médico.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Orientar os hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Os usuários hipertensos e diabéticos serão orientados sobre a importância da higiene bucal em consulta de forma individual incluindo a seus familiares, diariamente pela enfermeira, médico e odontólogo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Capacitar-se-á a equipe para oferecer orientações relacionadas sobre higiene bucal por meio de reuniões da unidade pela enfermeira, médico e odontólogo.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 70% 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.

Numerador: número de hipertensos residentes na área da 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 60% dos Diabéticos da área de abrangência no programa de 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 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 de atenção a Hipertensos e /ou Diabéticos.

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

Indicador: Proporções 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

Meta 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos Diabéticos.

Indicador: Proporções 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.

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

Indicador: Proporções 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.

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

Indicador: Proporções 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.

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

Indicador: Proporções de hipertensos com prescrição de medicamentos de farmácia popular/Hiperdia.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos de farmácia popular /Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador; Proporções de diabéticos com prescrição de medicamentos de farmácia popular /Hiperdia.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos de farmácia popular /Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicadores: Proporções 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 inscrito no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador: Proporções 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 inscrito no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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

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

Indicador: proporções de Hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

Numerador: número hipertenso faltoso às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Indicador: proporções de Diabético faltoso às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: número diabético faltoso às consultas médicas com busca ativa.

Denominador; número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde, faltosos às consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Indicador: Proporções 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.

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

Indicador: Proporções 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.

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

Indicador: proporções de hipertensos com esterificação 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.

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

Indicador: Proporções de diabéticos com esterificação 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. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

Indicador: Proporções 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.

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

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

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

Denominador: número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.3. Garantir orientação em relação á pratica regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

Indicador: Proporções de hipertensos com orientação sobre pratica regular de atividade física.

Numerador: número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre pratica regular de atividade física.

Denominador: número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporções de diabéticos com orientação sobre pratica regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador; Proporções de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6. Garantir orientação sobre os riscos de tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporções de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários hipertensos que receberam orientação sobre higiene

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporções de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: número de usuários diabéticos que receberam orientação sobre higiene

Denominador: número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção com os usuários com de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus vamos adotar o Caderno de Atenção Primária de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, do Ministério da Saúde do ano de 2013. Utilizaremos a ficha clínica onde detalharemos todos os dados necessários, como a realização de exame físico geral e por aparelhos enfatizando a busca de dados clínicos para um atendimento de qualidade, será anotada todos os dados correspondentes com os atendimentos, o monitoramento será feito pela enfermagem e médico, para isso contamos com as fichas necessárias para poder alcançar 70% de usuários com HAS (1771) e 60% de usuários com DM (421), sendo que poderão coincidir usuários com as duas doenças. Será necessário o preenchimento das fichas espelho, disponibilizadas por o curso contamos com o apoio do gestor

municipal, e também contamos para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coletas de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermagem revisará o livro criado para identificar os usuários portadores dessas doenças, que tenham registrado no último mês, criado neste momento e aproveitará para revisar e atualizar todos os dados necessários na planilha complementar, assim como realizará o primeiro monitoramento dos usuários com atrasos nos exames clínicos e laboratoriais, assim como vacinas atrasadas.

Para viabilizar as ações iremos capacitar os ACS existentes e os novos para realizar o cadastramento dos hipertensos e/ou diabéticos, para orientar os usuários sobre a periodicidade da realização das consultas. Capacitar os profissionais que trabalham na triagem para fazê-la com qualidade, capacitar os profissionais da UBS para a realização adequada de exame clínico e exames complementares de acordo com os protocolos, Para o preenchimento de todos os registros necessários para a classificação de riscos segundo escore de Framingham ou de lesões de órgãos alvo, e sobre a importância do registro desta avaliação, assim como estratégias para o controle adequado dos riscos modificáveis. Capacitar à equipe de maneira que cada membro possa dar orientação sobre alimentação saudável, à prática de atividades físicas regulares, de higiene bucal adequada, e orientar os usuários tabagistas para abandonar o vício.

A análise situacional e a definição do foco de intervenção foram discutidas com os profissionais da UBS, assim começaremos a intervenção com as capacitações sobre o caderno de atenção básica de hipertensos e diabéticos, para que toda nossa equipe tenha todos os conhecimentos necessários para um atendimento de qualidade por todos os profissionais, as capacitações serão realizadas na UBS central aproveitando o horário da realização da reunião de equipe, para isso será reservada 2 horas no final do expediente mensalmente, onde cada membro da equipe irá estudar e preparar uma parte do caderno e explicará o conteúdo aos outros membros da equipe, levando a discussão, apoiando a preparação dos novos ACS.

Para viabilizar as ações de acolhimento, iremos melhorar o acolhimento dos usuários portadores de HAS e DM, e de todos os usuários que buscam os serviços se realizará pela técnica de enfermagem que está cadastrando os hipertensos e/ou diabéticos, além disso os usuários que com DM e HAS para ampliar a cobertura d o

atendimentos dessas doenças serão atendidos no mesmo turno de trabalho para aqueles que tenham necessidades de atualizar seu tratamento e ajuda por alguma descompensação de suas doenças terão prioridade no agendamento, para isso será necessário alterar a organização da agenda onde serão atendidos pelas consultas disponíveis para pronto atendimento. Todos os usuários que realizam as consultas sairão da UBS com a próxima consulta agendada, para agendar aos usuários provenientes da busca ativa serão reservadas 10 consultas semanais.

Para sensibilizar a comunidades iremos: informar sobre a existência do programa de atenção a HAS e a DM da unidade de saúde, sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos pelo menos anualmente, sobre o rastreamento para diabetes em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/85mmhg. Iremos orientar os usuários e a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de HAS e DM, quanto aos riscos de doença cardiovascular e neurológica decorrentes da hipertensão e diabetes, da importância de fazer atendimentos periódicos, e a realização de exames complementares, da importância da valorização de saúde bucal adequada, da importância de realização do exame dos pés, pulsos, sensibilidade, todos os anos. Orientar os usuários do direito aos medicamentos nas farmácias populares através do programa Hiperdia, e sobre a realização de práticas de alimentares saudáveis, de atividade física regular, cuidados de sua saúde bucal e abandono do hábito de fumar.

Para isso temos que aproveitar os locais públicos, os salões de acolhimento da UBS, contato com associações de bairros, representantes das comunidades e igrejas (6 na área de abrangência) e apresentaremos nosso projeto esclarecendo a necessidade de um atendimento de qualidade, a importância de um seguimento adequado para poder evitar complicações, nossos agentes de saúde terão um papel importante na coordenação das atividades nos bairros e levaremos informações através de palestras e conversas, aproveitaremos os integrantes dos grupos de hipertensos e diabéticos para que sejam transmissores das informações e a todos os conhecimentos que tenham dessas doenças para estimular a participação nos grupos, e sua assistência periódica a UBS, todos os meses temos que realizar palestras nas comunidades.

Para o monitoramento da ação programática será monitorado: o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa de atenção a hipertensão arterial e diabetes mellitus da unidade de saúde, a realização de exames clínicos e de

exames complementares de acordo com os protocolos, o acesso aos medicamentos da farmácia popular /Hiperdia, os diabéticos e hipertensos que tem necessidade de atendimento odontológico, o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, a qualidade dos registros, o número de usuários com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, e a realização de atividades de promoção de saúde aos hipertensos e diabéticos.

Para isso as enfermeiras serão a responsáveis do monitoramento das fichas espelhos dos atendimentos, assim como os registros específicos, uma vez por semana será revisado o ficheiro com o objetivo de revisar a qualidade da realização dos atendimentos, e se os protocolos foram cumpridos, somente assim teremos uma qualidade adequada, podemos identificar os usuários com atraso nas consultas, com exames laboratoriais previstos nos protocolos, e quem não está realizando o atendimento odontológico, os ACS farão uma busca dos pacientes pendentes e com atrasos e realizará o agendamento de pelo menos 20 usuários semanais, de acordo com o horário de conveniência para os usuários.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

No início da intervenção não contávamos com o cadastro atualizado da população hipertensa e diabética pertencente à área de abrangência da unidade, assim com ajuda dos ACS identificamos os usuários que fariam parte da intervenção a ser desenvolvida por 16 semanas a partir da primeira semana do mês de fevereiro de 2015. Além disso, por meio dos ACS bem como da divulgação do projeto tanto na unidade como nas comunidades e no rádio local (Figura 4), foi possível informar a todos os usuários sobre o projeto de intervenção que seria desenvolvido. Aproveitamos também a oportunidade das reuniões com os grupos e com as comunidades para cadastrar novos usuários. No momento do cadastro era realizado o agendamento prévio para a avaliação clínica do usuário por meio das consultas médicas.



Figura 4. Entrevista para rádio local para divulgação do projeto na UBS Drº Gerardo Barbosa, Espumoso/RS, 2015. autor foto. Elisandra Moraes

Foram realizadas duas semanas de capacitação, com a participação ativa de todos os ACS e funcionários da UBS, realizando conversas sobre o tema de HAS e DM, sobre o funcionamento do programa e definição das atribuições de cada membro da equipe (Figura 5). Além disso, foi realizada a impressão do protocolo de ambas as doenças e disponibilizados na unidade para aumentar o conhecimento sobre as patologias. Nestes encontros todos os profissionais tiveram a oportunidade de esclarecer dúvidas e opinar para adequar o funcionamento do programa, tornando a atividade mais proveitosa. De igual modo, durante o transcurso da intervenção, as reuniões de equipe foram utilizadas para debater e sistematizar as atividades relacionadas aos usuários hipertensos e diabéticos.



Figura 5. Capacitação com os ACS e funcionários da UBS Drº Gerardo Barbosa, Espumoso/RS, 2015. autor, foto; Roberto Moraes.

As fichas espelho foram organizadas por semanas, identificando o usuário hipertenso com um marcador verde e o usuário diabético com um marcador rosa. Desta forma, o trabalho era facilitado no momento da busca da ficha espelho para a consulta. Foi efetuado pelo técnico de enfermagem o registro no prontuário eletrônico dos sinais vitais e mensurações na sala de triagem, possibilitando o preenchimento pelo médico destes dados na ficha-espelho.

Além de providenciar as fichas espelho em número suficiente para a intervenção, foi revisado o restante do material para que estivesse disponível e em adequado estado para o uso como esfigmomanômetro, estetoscópio, glicômetro, termômetro, fita métrica, balança, entre outros. Assim, durante o período da intervenção foram avaliados 768 usuários em 16 semanas. Destes, 737 hipertensos e 180 diabéticos. Apesar de ser um resultado positivo a equipe não alcançou a meta proposta inicialmente.

No transcurso da intervenção foram realizadas várias visitas domiciliares especialmente aos usuários que apresentavam dificuldades para comparecerem à unidade e aos que necessitam de assistência de forma imediata.

Realizamos 24 encontros com o grupo de hipertensos e diabéticos. Estes foram desenvolvidos na UBS, postos de saúde no interior, no Centro de Referência de Assistência Social – 1 (CRAS-1), na Igreja Evangélica, Católica e nas comunidades do interior (para hipertensos, diabéticos e seus acompanhantes). Foram realizados com participação dos usuários de cada grupo do interior e onde não tínhamos agentes de saúde a igreja apoiou as atividades.

Durante as reuniões e consultas médicas tanto na UBS como nos posto do interior foram realizadas conversas com os usuários hipertensos e diabéticos sobre estilos e modos de vida saudáveis e sobre a doença crônica em geral. Na ocasião, era realizado o preenchimento das fichas espelho, verificação dos sinais vitais e demais mensurações, solicitação de exames complementares, reajustes (com esclarecimento) das medicações e encaminhamentos ao serviço de Odontologia para avaliação por profissional capacitado.

Atualmente, continuamos acompanhando as reuniões e realizando as consultas médicas com a mesma qualidade de atenção oferecida durante a intervenção, tendo já avaliado a maioria dos usuários.

A demanda espontânea sempre prevaleceu em relação às consultas agendadas. No início da intervenção, priorizamos os usuários agendados portadores destas patologias para a realização das consultas, sendo reservadas 4 consultas em cada turno para agendamento das consultas e retornos, independentemente do número de usuários avaliados no dia. As fichas espelho foram revisadas com frequência semanal objetivando encontrar os usuários faltosos às consultas.

Quanto às dificuldades vivenciadas relatamos a falta de comprometimento por parte de alguns usuários ao não comparecerem às consultas odontológicas agendadas, nem todos os médicos se envolveram no projeto.

A unidade conta com dois odontólogos, que trabalham em horários específicos e não pertencem a um equipe fixo mas, sim apoiaram nosso trabalho e nas consultas no interior foram avaliados todos os usuários que necessitavam atendimento. Destaca-se que apesar da equipe não possuir um técnico para este serviço, os profissionais odontólogos se empenharam para atender à população hipertensa e diabética avaliada durante a intervenção. Os usuários foram encaminhados para avaliação odontológica após prévio exame da cavidade bucal pelo médico.

Outra dificuldade a ser mencionada relaciona-se ao déficit de medicamentos que estavam disponíveis na farmácia da unidade no início da intervenção. Este fato deixou os usuários muito preocupados. Além da falta de medicamentos também havia a falta de fitas para a realização do teste de glicose. Frente a esta realidade, foi solicitada uma reunião com o gestor municipal de saúde para a possível solução destes problemas. Este se comprometeu em realizar o pedido das fitas que levariam um determinado tempo para chegarem à unidade, mas o abastecimento de medicamentos fora prometido para o início do mês de março e assim aconteceu.

Enquanto isso uma via alternativa foi utilizada. As fitas eram usadas apenas em casos extremamente necessários e, no caso da falta de medicamentos, disponibilizávamos receitas médicas para que os usuários realizassem o cadastro nas Farmácias Populares. Atualmente, temos fitas suficientes na unidade e a farmácia possui os medicamentos básicos que a maioria dos usuários necessita.

A grande maioria dos usuários compareceu às consultas agendadas, estão com os exames complementares em dia, de maneira tal que possibilitou o preenchimento dos dados na ficha espelho. Entretanto, no decorrer da intervenção a realização dos exames se tornou lentificada, especialmente ao final do mês, pois no município foram realizados cinco projetos de intervenção, o que aumentou a demanda dos exames. Ainda, para corroborar com esta situação prescrevemos a requisição dos exames complementares para aqueles usuários que estavam atrasados por um período de três meses ou mais e em dependência do risco cardiovascular.

Os usuários que haviam realizado exames recentemente não foram solicitados novos exames no momento da avaliação. Os resultados trazidos pelos usuários foram lançados na ficha-espelho após a avaliação clínica. Apesar destas dificuldades, as demais ações foram cumpridas no transcurso da intervenção. Foi uma tarefa árdua, porém não impossível com a participação da equipe e dos gestores de saúde.

Continuamos com o trabalho dia a dia objetivando incorporar novos usuários para que participem de maneira contínua para melhorar sua qualidade de vida. Foi um trabalho verdadeiramente em equipe para que os usuários hipertensos e diabéticos atualizassem a avaliação clínica por meio da consulta médica de acordo com o protocolo de HAS e DM.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Apesar de não alcançarmos a meta proposta, todas as ações previstas foram desenvolvidas segundo o planejado no cronograma com o apoio incondicional dos ACS que, de uma forma ou outra, tornaram possível a participação ativa dos usuários em todas as atividades desempenhadas durante a intervenção. Continuamos com o trabalho dia a dia objetivando incorporar novos usuários para que participem de maneira contínua para melhorar sua qualidade de vida.

As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integral ou parcialmente. Apesar de não alcançarmos a meta proposta, todas as ações previstas foram desenvolvidas segundo o planejado no cronograma com o apoio incondicional dos ACS que, de uma forma ou outra, tornaram possível a participação ativa dos usuários em todas as atividades desempenhadas durante a intervenç

Foi um trabalho verdadeiramente em equipe para que os usuários hipertensos e diabéticos atualizassem a avaliação clínica por meio da consulta médica de acordo com o protocolo de HAS e DM.

3.2 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Somente encontramos dificuldades na coleta do indicador relativo à cobertura do programa de atenção ao hipertenso e/ou diabético na unidade de saúde, pois alcançamos um total de 44,1% dos usuários com HAS, com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na unidade, e um total de 43,6% dos usuários com DM com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na unidade. Esperamos alcançar a meta proposta por meio do trabalho realizado no dia a dia da equipe. O restante dos indicadores, segundo relato acima foram alcançados como apoio da equipe e dos gestores de saúde perfazendo 100% em todos.

3.3 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações já se encontram incorporadas à rotina do serviço e destaco que a intervenção realmente foi positiva, a equipe sente-se feliz pelos resultados. Alcançados, pois objetivamos melhorar a qualidade de vida desta parcela da população e, assim, conseguimos. Pelo, continuaremos realizando as atividades com a mesma dedicação.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Os resultados a seguir apresentam a intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr. Gerardo Barbosa, no município de Espumoso/RS, que teve como objetivo principal a melhoria à saúde do hipertenso e/ou diabético pertencente à Unidade de Saúde, sendo realizada entre os meses de fevereiro e junho de 2015. Durante o mês de abril, apoiada pelo resto dos profissionais estava no período de férias, mas equipe deu continuidade na intervenção nesse período.

A UBS possui uma população total de aproximadamente 11000 usuários, sendo 1673 hipertensos e 413 diabéticos, com 20 anos ou mais residentes no território da UBS.

Com o objetivo de ampliação da cobertura de atenção a hipertensos e/ou diabéticos, as metas estabelecidas foram de 70% para hipertensos e 60% para diabéticos. O indicador utilizado foi a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. No primeiro mês de intervenção, a cobertura foi de 12,1% (203), no segundo mês 22,3% (170), no terceiro mês alcançamos um Indicador de 29,0% (112) no último mês 44,1% (252), terminamos com um total de 737 usuários como observado na Figura 6. Durante o primeiro e segundo mês houve um maior atendimento médico, mostrando-se grande interesse pela participação da população na intervenção, já no terceiro mês a intervenção a equipe deu continuidade a intervenção sem minha presença devida às férias, e no último mês aumento novamente devido a ajuda das estratégias utilizadas para aumentar o número de usuários atendidos, como as atividades realizadas no horário noturno e as atividades de grupos no interior do município

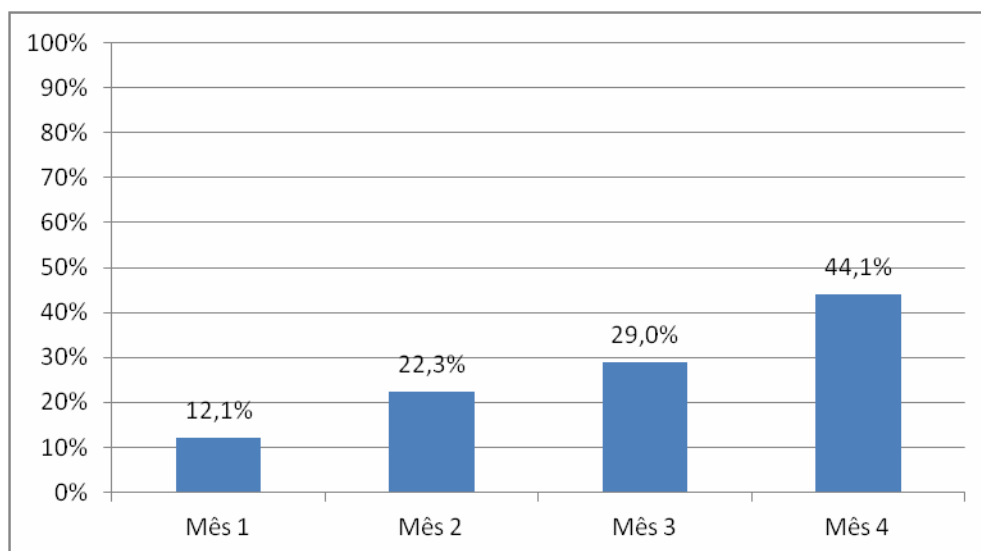


Figura 6. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde, UBS Gerardo Barbosa, Espumoso/RS, 2015. Fonte: planilha de coleta de dados.

Quanto à população de diabéticos, a estimativa era de 413 diabéticos com 20 anos ou mais pertencentes à área de abrangência da UBS. Ao término da intervenção, 180 diabéticos compareceram ao serviço e estão em dia no programa de atenção ao diabético, o que corresponde a uma cobertura de 43,6%. Assim, o primeiro mês de intervenção assistiu a 15,5% (64) da população diabética, no segundo mês 27,3% (34), no terceiro mês 29% (20) e no quarto mês 43,6% (62), terminando com 180 usuários como observado na Figura 7. Diante do exposto, verifica-se que a meta de 60% não foi atingida. Apesar da equipe não alcançar a meta proposta de cobertura percebeu-se que a atenção à saúde do hipertenso e do diabético, nos grupos e nas consultas individuais bem como a ação dos ACS foram benéficas e complementaram oferecendo melhorias na qualidade de vida e de saúde desta população.

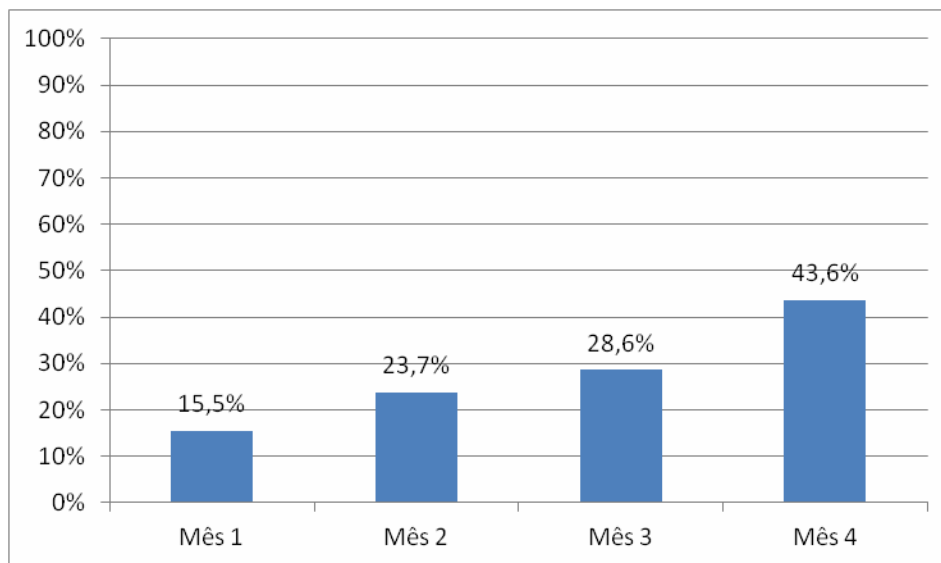


Figura 7 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde, UBS Gerardo Barbosa, Espumoso/RS, 2015. fonte planilha de coletas de dados.

No objetivo de melhoria da qualidade de atenção a hipertensos e/ou diabéticos, tendo a meta de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos, tendo como indicador a proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo foi de 100% em todos os meses de intervenção. No primeiro mês conseguiu-se 203 usuários, no segundo mês 373 usuários, no terceiro mês 485, e no quarto mês 737.

Para a meta de realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos, tendo como indicador a Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, foi de 100% em todos os meses de intervenção. Sendo atendidos 64 diabéticos no primeiro mês, 98 no segundo, 118 no terceiro e 180 no quarto mês de intervenção.

Durante as consultas médicas tanto na UBS central como no posto de saúde de UBS do interior, foi realizado o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo para todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos, realizando busca de alterações de cada sistema do organismo humano, que possam vir a comprometer a vida do usuário hipertenso e/ou do diabético.

Para o objetivo de qualidade foi estabelecida a meta de garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, tendo como indicador a proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. No primeiro mês de intervenção o número de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo foi de 203, no segundo de 373, terceiro mês de 485, no último mês 737 representando 100% da população com exames em dia nos quatro meses da intervenção.

A meta de garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, tendo como indicador a proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, foi alcançada em 100% nos quatro meses de intervenção. O número de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo no primeiro mês foi de 64, no segundo de 98, terceiro mês 118, no último mês 180.

Para justificar essas metas é importante relatar que a grande maioria dos usuários comparecia à unidade com exames complementares em dia, de tal maneira que possibilitou cumprir com este indicador. E apesar de que no decorrer da intervenção a realização dos exames se tornou lentificada pela realização de mais quatro projetos de intervenção no município, utilizamos como alternativa prescrever os exames a aqueles usuários que estavam atrasados por um período de três meses ou mais e em dependência do risco cardiovascular. Além disso, os usuários que haviam realizado exames recentemente não foram solicitados novos exames no momento da avaliação. Os resultados destes usuários foram lançados na ficha espelho pelos ACS após a avaliação clínica.

Quanto a meta que visa priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, tendo os respectivos indicadores a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada percebeu-se que nos meses 1, 2 e 4, a meta ficou em 100%, e no mês 3 99,6% pois não havia prescrição de medicamentos a dois usuários que estavam somente com controle dietético.

Para a meta que priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia No primeiro mês de intervenção, o número de diabéticos com

Prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia foi de 64, no segundo mês de 98, terceiro mês de 118, no último mês 180 totalizando 100% da população diabética com prescrição de medicamentos priorizada do programa Hiperdia.

Apesar de no início da intervenção ter havido um déficit de medicamentos básicos na farmácia da unidade, este não foi motivo para não cumprir com este indicador, pois disponibilizamos receitas médicas para que os usuários realizassem o cadastro nas Farmácias Populares para a retirada dos medicamentos. Atualmente, a farmácia da unidade possui os medicamentos básicos que a maioria dos usuários necessita.

As metas que dispõe a realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e de diabéticos foram cumpridas em 100% para ambas as metas. No primeiro mês receberam atendimento odontológico 203 usuários hipertensos e 64 usuários diabéticos, no segundo mês um total de 373 hipertensos e 98 diabéticos foram avaliados, no terceiro mês 485 hipertensos e um total de 118 usuários diabéticos no último mês receberam 737 hipertensão e 180 diabéticos atendimento receberam avaliação odontológica, representando 100% de atenção para este serviço.

A unidade de saúde central conta com quatro odontólogos, que trabalham em turnos distintos, e a UBS conta com duas salas de atendimento odontológico que facilitou o cumprimento deste indicador, foram encaminhados aqueles usuários que realmente necessitavam de avaliação odontológica após prévio exame da cavidade bucal pelo médico de família. Cabe mencionar que alguns destes usuários receberam avaliação odontológica no setor privado.

Com o objetivo específico de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, sendo a meta que visa buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada, tendo o indicador a proporção de hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa, no primeiro mês sooo 2 usuários, não comparecerem no dia mas ao realizar a visita pôr os agentes comunitários no outro dia se apresentarem cumprindo no final da semana com os usuários agendados,

Para melhor entendimento dessas metas, destacamos que tivemos alguns usuários que não comparecerem às consultas médicas e odontológicas agendadas pelos ACS, mas não foram preenchidos na coleta de dados como pacientes faltosos até conseguirmos mediante o comprometimento deles para comparecerem à unidade para receber atenção médica. Diante dessa realidade, foi necessária a

busca ativa por meio de visita domiciliar pelos ACS e contato por via telefônica realizada pela recepcionista.

Assim, conseguimos, por meio da insistência, o comparecimento destes usuários faltosos (tanto hipertensos quanto diabéticos) para avaliação clínica e monitoramento das patologias, sendo coletados seus dados após o comparecimento às consultas médicas. Portanto, consideramos que não houveram usuários faltosos às consultas devido a estratégia utilizada com ajuda dos ACS permanecendo estes percentuais em 0%.

Para melhorar em 100% os registros das informações, a meta foi manter a ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Nesse indicador no primeiro mês 203 hipertensos e 64 diabéticos estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento, ascendendo ao segundo mês para 373 hipertensos e 98 diabéticos, no terceiro mês para 485 hipertensos e 118 diabéticos, no último mês 737 hipertensos e 180 diabéticos, representando 100% de usuários hipertensos e 100% dos diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

As fichas espelhos foram organizadas por semanas, identificando o usuário hipertenso com a cor verde e o usuário diabético com a cor rosa. Desta forma, o trabalho foi facilitado no momento da busca da ficha espelho para a consulta, sendo registrados adequadamente todos os dados dos usuários.

Com o objetivo de mapear 100% dos hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular, Sendo a as metas de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde, tendo o indicador referente à proporção de hipertensos e/ou diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. Segundo a análise, no primeiro mês foi realizada a estratificação de risco cardiovascular a 203 usuários hipertensos e a 64 usuários diabéticos, no segundo mês a 373 hipertensos e a 98 diabéticos, no terceiro mês para 485 hipertensos e para 118 usuários diabéticos no último mês 737 hipertensos e 180 diabéticos, totalizando 100% da população hipertensa e 100% dos diabéticos com estratificação de risco cardiovascular realizada durante a intervenção.

Por meio do exame clínico e utilização do escore de Framingham foi realizado a todos os usuários hipertensos e diabéticos a estratificação do risco

cardiovascular. Este risco pode ser baixo, moderado ou alto, em dependência dos fatores de risco, objetivando estimar o risco do usuário hipertenso e/ou diabético vir a sofrer de uma doença arterial coronária nos próximos dez anos. Além disso, ele permite a equipe definir os parâmetros de cuidado e também os critérios relacionados à periodicidade de acompanhamento das pessoas com HAS e/ou DM. Também foi realizado o exame dos pés em usuários diabéticos em busca de patologias associadas ao pé diabético.

Os objetivos específicos da promoção de saúde a 100% dos hipertensos e a diabéticos foram estabelecidos através das seguintes metas: garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável; orientação sobre prática regular de atividade física; orientação sobre os riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal. No primeiro mês de intervenção um total de 203 usuários hipertensos e 64 usuários diabéticos receberam as orientações acima descritas, no segundo mês 373 hipertensos e 98 usuários diabéticos, no terceiro mês 485 usuários hipertensos e 118 diabéticos, e no último mês 737 hipertensos e 180 diabéticos, totalizando 100% da população hipertensa e diabética acompanhada durante a intervenção.

Estas orientações foram disponibilizadas em encontros com os grupos, consultas médicas tanto na UBS central como nos posto do interior e em consultas odontológicas individualmente, no Centro de Referência de Assistência Social 1 (CRAS 1), as atividade grupais na igrejas, por meio de conversas com os usuários hipertensos e diabéticos a fim de garantir um controle adequado desta patologia crônica aos mesmos.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na UBS Dr. Gerardo Barbosa, na cidade de Espumoso visou qualificar a Atenção à Saúde do Hipertenso e/ou do Diabético. Assim, promoveu a ampliação da cobertura da atenção aos grupos, melhorou a qualidade dos atendimentos, melhorou os registros por meio da implantação da ficha espelho, e a classificação de risco. Aos diabéticos destaca-se a melhoria na qualificação da atenção com a realização do exame dos pés, anteriormente não realizados como parte da avaliação cotidiana.

Para a realização da intervenção foi necessário promover a capacitação dos profissionais para que todos utilizassem as mesmas recomendações do Ministério

da Saúde, concernentes ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Estas atividades estimularam a integração de todos os profissionais envolvendo a médica, a enfermeira, as técnicas de enfermagem, os ACS e recepcionista.

Para organização e planejamento do trabalho foram definidas as atribuições de cada membro da equipe ficando o acolhimento sob responsabilidade da enfermeira. A identificação dos usuários participantes da intervenção foi realizada com ajuda dos ACS. A atualização do cadastramento também foi realizado em reuniões de grupos e encontros com as comunidades, além do domicílio.

Durante a intervenção, as funções da médica centralizaram-se em consultas incluindo o exame clínico, a prescrição de exames complementares, a prescrição de medicamentos da lista de Hiperdia ou da Farmácia Popular, o registro adequado na ficha de acompanhamento, a avaliação do risco cardiovascular para ambas as patologias sendo este também avaliado pela enfermeira. Além disso, também forneceu orientações sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, higiene da saúde bucal, entre outras em consulta individual, em atividades educativas nos grupos oferecidos no interior do município com a participação do médico, enfermeiro e agente de saúde de cada comunidade e em visitas domiciliares com a participação da enfermeira e dos ACS.

A equipe de técnicos de enfermagem foram os responsáveis pela verificação das medidas de sinais vitais e demais mensurações. A recepção, pelo agendamento das consultas em horários previamente estipulados. Os odontólogos realizaram a avaliação odontológica para todos os usuários bem como participaram das atividades educativas junto aos grupos na comunidade, alcançando um impacto positivo nos serviços, pois tivemos um aumento considerável no atendimento e nas atividades desenvolvidas tanto nas unidades como fora desta.

Portanto, consideramos que o trabalho realizado foi de grande importância para a equipe, pois permitiu à mesma ampliar os conhecimentos, trocar ideias e experiências qualificando o trabalho bem como aumentar a integração entre os membros.

As atribuições dos profissionais foram revistas com a intervenção, pois anteriormente as atividades eram focadas no atendimento médico. Com a organização do serviço por meio de agendamento para o atendimento ao grupo de hipertensos e diabéticos e utilização das fichas espelhos para monitoramento,

conseguiu-se ampliar a oferta de atendimento também para a demanda espontânea. Além disso, a classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem contribuído para a priorização do atendimento aos mesmos.

Também foi de grande importância para o serviço, pois melhorou o acolhimento e a qualidade de atenção dispensada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Possibilitou a organização dos prontuários e registros em fichas de acompanhamento dos usuários bem como promoveu a implantação de um arquivo específico (ficha espelho) para monitoramento destes.

A comunidade de certa forma já sentiu as mudanças ocorridas com a intervenção, pois houve aumento de ações no sentido de promover educação em saúde à população hipertensa e/ou diabética. Também houve demonstrações de satisfação por parte dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, mas pela falta de conhecimento por parte dos demais usuários do serviço quanto à reorganização do atendimento a este grupo percebeu-se certa insatisfação com a priorização de atendimento a este grupo específico. Assim, necessitamos divulgar mais sobre esta ação para a comunidade e ampliar a qualificação para as demais ações.

Esta intervenção também foi de muita importância para a comunidade, pois primeiramente melhorou o acolhimento aos usuários hipertensos e diabéticos, melhorou a relação equipe-comunidade, facilitou a troca de ideias, experiências e conhecimentos com os grupos de hipertensos e diabéticos e permitiu a realização das atividades educativas com a comunidade nos diferentes locais de atuação dos profissionais, promovendo melhoria quanto à qualidade de vida desta população (Figura 8).



Figura 8. Atividade educativa desenvolvida na comunidade Linha Mendes, Espumoso/RS, 2015.fonte. Autor Roberto Moraes.

Ao finalizarmos a intervenção destacamos que poderíamos ter envolvido mais a equipe desde o início do curso, discutindo problemas e dificuldades levantadas especialmente durante o processo de análise situacional realizada para o curso buscando soluções em conjunto. Apesar disso, hoje percebemos que a equipe está mais integrada e capaz de dar continuidade às ações iniciadas com a intervenção incorporando-as à rotina do serviço para dar continuidade à melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos.

A intervenção foi incorporada a rotina do serviço, no entanto necessitamos ampliar as ações no sentido de conscientizar aos demais usuários pertencentes a comunidade quanto à priorização da atenção ao grupo dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco.

A equipe manterá no serviço a mesma qualidade de atenção dispensada durante a intervenção, mas necessitamos buscar hipertensos e/ou diabéticos que não foram avaliados durante a intervenção, pois grande parte de nossa área de abrangência não conta ainda com os ACS. Esta busca poderá ser possível por

Meios sociais e cartazes, entre alternativas a fim de que sejam também avaliados e possam ser monitorados pela equipe de saúde da unidade.

Esperamos a contratação de mais ACS para cobertura total da área de abrangência. A partir disso, poderemos ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos tendo esse projeto como exemplo para novas ações no serviço, tais como iniciar a qualificação do pré-natal ou atenção as crianças.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor Municipal,

O projeto de intervenção realizado através da Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e da Universidade Federal de Pelotas, dando suporte ao Programa Mais Médicos para o Brasil, teve como objetivo à Melhorar da Atenção à Saúde do Hipertenso e/ou do Diabético pertencente à área de abrangência da UBS Dr. Gerardo Barbosa sendo realizado durante 16 semanas, entre os meses de fevereiro e junho de 2015. A equipe de saúde reconheceu que a qualidade das ações desenvolvidas no transcurso da intervenção permitiu ampliar a cobertura da população hipertensa e diabética elevando os indicadores de qualidade do Programa HIPERDIA no município de Espumoso/RS.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças acompanhadas pelo Programa HIPERDIA e constitui-se em uma das ações programáticas importantes no contexto da atenção primária a saúde entre as doenças não transmissíveis. Consideradas também as afecções mais comuns da saúde pública na atualidade que atinge um grande número de pessoas e em ausência de sua identificação precoce, tratamento e autocuidado adequados, podem deixar sequelas irreversíveis, necessitando, de cuidados profissionais.

A escolha em trabalhar com o grupo de hipertensos e diabéticos na unidade se deu a partir da necessidade de uma melhor organização do serviço e uma atenção com qualidade à população com o objetivo de diminuir o índice de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS), pois a maioria destes usuários recebia atendimento por demanda espontânea, o que não permitia um adequado dimensionamento no programa de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos conforme preconizado.

Com as ações de saúde desenvolvidas durante a intervenção realizada na unidade apesar de não atingir a meta 70% de cobertura proposta no início do

projeto, foi possível elevar os indicadores de qualidade do Programa hipertensão e 60% diabetes na Unidade Gerardo Barbosa. Para a obtenção de esses resultados foi necessário primeiramente à realização da Análise Situacional, ferramenta de gestão na APS que nos permitiu avaliar o comportamento dos indicadores de saúde do programa na unidade, assim como os principais fatores de risco existentes na população.

Na primeira semana de intervenção foram realizadas capacitações aos profissionais da UBS, respeito aos protocolos de atendimentos o que permitiu a atualização e ampliação dos conhecimentos do pessoal respeito à o programa de atenção a hipertensos e diabéticos. Para a realização deste trabalho foi elaborado um cronograma para acompanhar a realização das ações previstas no projeto permitindo uma organização eficaz das mesmas. Para garantir um atendimento de qualidade à população foram realizadas duas semanas de capacitação sobre os protocolos do Ministério da Saúde sobre hipertensão e diabetes mellitus, com participação ativa de todos os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e funcionários da unidade. Realizamos conversas sobre o tema de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), sobre o funcionamento do programa e definição das atribuições de cada membro da equipe.

Foi realizada uma ampla divulgação do projeto através da rádio local onde foi falado à comunidade o objetivo do projeto, assim como realizadas reuniões com os profissionais explicando a importância do projeto para a melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos. Esta tarefa foi importante para o desenvolvimento das ações de saúde planejadas no cronograma e para a solicitação de apoio da comunidade no sentido de ampliar a cobertura de usuários atendidos no programa e de esclarecer aos demais usuários sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Com ajuda dos ACS identificamos os usuários que fariam parte da intervenção e para uma melhor organização do serviço todas as fichas espelhos forem organizadas por semanas de atendimento, identificando os usuários hipertensos com um marcador verde e os usuários diabéticos com um marcador rosa. Desta forma, o trabalho foi facilitado no momento da busca da ficha espelho para a consulta.

Podemos avaliar que antes da intervenção a cobertura para atenção dos usuários hipertensos e diabéticos era baixa, e em geral os atendimentos e r a m

realizados de maneira espontânea, sem planejamento e em muitas ocasiões os usuários chegavam descompensados e com complicações por não ter um controle adequado, não se conhecia a realidade dos usuários hipertensos e diabéticos e o número do início registrados no caderno de ações programáticas correspondia ao total de usuários do município, cadastrados com agentes de saúde, pelo que quando iniciamos o projeto colocamos o número total de usuários que pertencem a nossa área de abrangência obtivemos por estimativa o número que trabalharíamos de usuários hipertensos e diabéticos.

Durante a intervenção foram cadastrando a todos os usuários pertencentes à população alvo que receberam atendimentos diariamente na unidade, obtendo-se ao final 768 usuários de 20 anos ou mais, sendo 737 hipertensos representando 44,1% e 180 diabéticos, que representa um 43,6% os quais foram indicadas e realizadas os exames conforme a necessidade, no final, todos os usuários cadastrados realizaram os exames segundo o protocolo. Foi criado um arquivo específico que permitiu o monitoramento e avaliação dos resultados periodicamente, ao final da intervenção 100% dos usuários ficaram com registros adequados.

Realizamos consultas individuais baseadas na avaliação clínica incluindo o exame clínico, prescrição de exames complementares, prescrição de medicamentos da lista de Hiperdia ou da Farmácia Popular, realizamos o registro adequado na ficha de acompanhamento, avaliação do risco cardiovascular para ambas as patologias, permitindo esta última a estipularmos a periodicidade das consultas. Além disso, foram realizadas orientações sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, higiene da saúde bucal, entre outras.

No transcurso da intervenção foram realizadas várias visitas domiciliares especialmente aos usuários que apresentavam dificuldades para comparecer à unidade e aos que necessitavam de assistência médica de forma imediata. Neste momento, também aproveitamos para agradecer ao gestor de saúde pela disponibilização do transporte para a equipe para realizarem mesmas.

Realizamos 24 encontros com o grupo de hipertensos e diabéticos com participação média de 20 pessoas aproximadamente. Estes foram desenvolvidos na UBS, comunidades do interior, postos de saúde no interior no Centro de Referência de Assistência Social – 1 (CRAS-1) e na Igreja Evangélica, de maneira planejada por semanas e com coordenação dos agentes de saúde fundamentalmente no

interior para alcançar uma melhor participação, muito bem acolhida pelos usuários já que sempre estiveram presente o médico que foi para eles um estímulo e uma maneira de esclarecer todas suas dúvidas (para hipertensos, diabéticos e seus acompanhantes).

Durante as reuniões tanto na UBS, comunidades do interior, postos de saúde no interior como no Centro de Referência de Assistência Social –1 (CRAS-1) foram realizadas orientações nutricionais sobre uma alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, sobre saúde bucal, entre outras temáticas relacionadas com estas patologias.

Apesar de não ter sido alcançada a meta de os usuários hipertensos e diabéticos proposta inicialmente, todas as ações previstas foram desenvolvidas segundo o planejado no cronograma com o apoio incondicional dos ACS que, de uma forma ou outra, tornaram possível a participação ativa dos usuários em todas as atividades realizadas durante a intervenção. Os indicadores de qualidade mantiveram-se em 100% do início até o final da intervenção.

Agrademos o apoio recebido do gestor municipal quanto à disponibilidade de folhas suficientes para a realização da impressão das fichas espelhos, bem como dos protocolos de HAS e DM do Ministério de Saúde do ano de 2013, pois estes não existiam na unidade.

Portanto, consideramos que o trabalho realizado foi de grande importância para a equipe, pois permitiu ampliar os conhecimentos, trocar ideias e experiências qualificando o trabalho bem como aumentar a integração entre os membros. Sendo também de grande importância para o serviço, pois melhorou o acolhimento e a qualidade de atenção dispensada aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Além disso, possibilitou a organização dos prontuários e registros em fichas de acompanhamento dos usuários bem como promoveu a implantação de um arquivo específico (ficha espelho) para monitoramento destes.

Também foi de muita importância para a comunidade, pois primeiramente melhorou o acolhimento aos usuários hipertensos e diabéticos, melhorou a relação equipe-comunidade, facilitou a troca de ideias, experiências e conhecimentos com os grupos de hipertensos e diabéticos e permitiu a realização das atividades educativas junto à comunidade promovendo melhoria quanto à qualidade de vida desta população.

As ações que foram desenvolvidas durante a intervenção já se encontram incorporadas à rotina do serviço, continuaremos com o trabalho dia a dia objetivando incorporar novos usuários monitorando-os de forma contínua. Esperamos continuar com o apoio da gestão para intervenções futuras que pretendemos implementar na unidade tomando este projeto como exemplo a fim de continuar melhorando a saúde da população pertencente à área de abrangência da UBS Drº Gerardo Barbosa e, ao mesmo tempo, colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos sobre a intervenção realizada ou para planejamentos para o futuro.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da UBS Drº Gerardo Barbosa, Espumoso/RS

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade,

O projeto de intervenção realizado através da Especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e da Universidade Federal de Pelotas, dando suporte ao Programa Mais Médicos para o Brasil, teve como objetivo à Melhoria da Atenção à Saúde do Hipertenso e/ou do Diabético pertencente à área de abrangência da Unidade sendo realizado durante 16 semanas na Unidade de Saúde Dr Gerardo Barbosa, entre os meses de fevereiro e junho de 2015. Com o trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e da divulgação do projeto por meio da rádio local, foi possível que todos vocês tomassem conhecimento acerca das ações que estavam previstas para serem realizadas por meio do projeto de intervenção.

Elaboramos um cronograma para ser seguido e desenvolver as ações previstas no projeto objetivando um planejamento adequado e uma melhor organização destas ações. Para poder fornecer um atendimento de qualidade à vocês foram realizadas duas semanas de capacitação, com a participação ativa de todos os ACS e funcionários da UBS, realizando conversas sobre temas como HAS, DM, funcionamento do programa e definição das atribuições de cada membro da equipe. Com ajuda dos ACS identificamos os usuários que fariam parte da intervenção a ser desenvolvida e para uma melhor organização do serviço todas as fichas espelhos foram organizadas por semanas de atendimento, identificando os usuários hipertensos com um marcador verde e os usuários diabéticos com um marcador rosa. Desta forma, o trabalho foi facilitado no momento da busca das fichas espelhos para a consulta.

Em cada consulta individual foi realizada uma avaliação clínica incluindo o exame clínico, além da prescrição de exames complementares, a prescrição de

medicamentos da lista de Hiperdia ou da Farmácia Popular, o registro adequado na ficha de acompanhamento, a avaliação do risco cardiovascular para ambas as patologias, permitindo nesta última avaliar a periodicidade das consultas. Além disso, foram realizadas orientações sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, higiene da saúde bucal, entre outras.

No transcurso da intervenção foram realizadas várias visitas domiciliares especialmente aos usuários que apresentavam dificuldades para comparecer à unidade e aos que necessitavam de assistência médica de forma imediata.

Realizamos 24 encontros com o grupo de hipertensos e diabéticos. Estes foram desenvolvidos na UBS, no Centro de Referência de Assistência Social – 1 (CRAS-1), nas comunidades no interior e na Igreja Evangélica (para hipertensos, diabéticos e seus acompanhantes). Durante as reuniões tanto na UBS, nos postos de saúde no interior comunidades e no Centro de Referência de Assistência Social – 1 (CRAS-1) foram realizadas orientações nutricionais sobre alimentação saudável, sobre a prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, sobre saúde bucal, entre outras temáticas relacionadas com estas patologias.

Certamente houveram algumas dificuldades vivenciadas no transcurso da intervenção. Diante dessa realidade, foi necessária a busca de alternativas e possíveis soluções para melhorar a qualidade de atenção tanto dos usuários hipertensos como dos diabéticos e elevar a satisfação dos mesmos.

Interessante ressaltar que antes da intervenção existia um predomínio da demanda espontânea de adultos tanto de hipertensos como de diabéticos para atendimento, não havia uma adequada organização do serviço, sendo este modificado e reorganizado durante a intervenção, as consultas agendadas tanto clínicas como odontológicas, além das visitas domiciliares e atividades educativas com os pacientes e a comunidade, de tal forma que atualmente estamos dando continuidade a esta programação de consultas e atividades de forma organizada e continua, alcançando uma melhor qualidade de atenção de todos os usuários.

Realizando uma comparação é importante mencionar que antes da intervenção, a unidade de saúde não contava com registros específicos onde estiveram registrados os hipertensos e diabéticos, sendo muito difícil ter um número aproximado dos usuários cadastrados na unidade por não ter um registro específico, não tínhamos dados certos quantos usuários realizavam avaliação clínica,

estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável. Não era possível obter o atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, cabe mencionar que não era realizada a avaliação de saúde bucal.

Em relação à atenção aos diabéticos, os resultados são muito semelhantes, pois a cobertura era baixa e não contávamos com registros específicos pelo que não se conhecia com certeza quantos usuários tinham acompanhamento com estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares periódicos em dia, exame físico dos pés nos últimos 3 meses, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos três meses, medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, orientação sobre prática de atividade física regular, orientação nutricional para alimentação saudável. Não era possível obter o atraso da consulta agendada em mais de 7 dias, cabe mencionar também que os usuários acompanhados na unidade não possuíam avaliação de saúde bucal.

No primeiro mês de intervenção alcançamos 12,1% (203) da população hipertensa e 15,5% (64) da população diabética. No segundo mês, esta ação contemplou 22,3% (373) de hipertensos e 23,7% (98) de diabéticos. No terceiro mês, alcançamos 29,0% (485) dos hipertensos e 28,6% (118) dos diabéticos. No último mês 44,1%(737) dos hipertensos e 43,6% (180) dos diabéticos.

Apesar de não termos alcançada a meta de 50% de cobertura proposta para hipertensos e 50% de diabéticos inicialmente, todas as ações previstas foram desenvolvidas segundo o planejado no cronograma com o apoio incondicional dos ACS que, de uma forma ou outra, tornaram possível a participação ativa dos usuários em todas as atividades desempenhadas durante a intervenção.

Assim, quanto à realização do exame clínico apropriado, à solicitação para a realização de exames complementares, a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, a avaliação odontológica, ao registro adequado, a estratificação de risco cardiovascular, à promoção de saúde, ao fornecimento de orientações nutricionais sobre alimentação saudável, sobre prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo, sobre higiene bucal.

Destacamos que tivemos alguns usuários que não comparecerem às consultas médicas e odontológicas agendadas, diante dessa realidade, foi necessária a busca ativa por meio de visita domiciliar pelos ACS e contato por via

telefônica realizada pela recepcionista, conseguindo o comparecimento destes usuários faltosos (tanto hipertensos quanto diabéticos) para avaliação clínica, odontológica e monitoramento das patologias, sendo avaliados na mesma semana que faltaram a consulta previamente agendada, pois estes usuários ocuparam as consultas de reserva da semana, onde foram coletados seus dados após o comparecimento às consultas médicas.

Com certeza a intervenção propiciou à comunidade ganho quanto à melhoria do acolhimento, da qualidade na atenção médica, do controle da HAS e DM, a relação equipe-comunidade melhorou, facilitou a troca de ideias, experiências e conhecimentos com os grupos de hipertensos e diabéticos e permitiu a realização das atividades educativas junto à comunidade, promovendo melhoria quanto à qualidade de vida para todos.

As ações que foram desenvolvidas durante a intervenção já se encontram incorporadas à rotina do serviço, continuaremos com o trabalho no dia a dia objetivando alcançar novos usuários para que possam ser acompanhados de forma contínua. Esperamos que com as atividades já realizadas até o momento possamos motivar e entusiasmar à todos vocês, membros da comunidade e possamos contar com a participação de cada um nas atividades que continuarão a ser desenvolvidas na unidade. A equipe aguarda o comparecimento de todos ao serviço a fim de oferecer um suporte especializado quanto ao cuidado para a saúde de cada um.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da Unidade Básica de Saúde Drº Gerardo Barbosa

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No início do curso pensei que não poderia levar diante, pois além das dificuldades iniciais com a língua, era a primeira vez que enfrentaria um curso na modalidade à distância. Minhas expectativas em respeito ao curso foram as melhores desde o início, pois o curso de Especialização em Saúde da Família sem dúvida contribuiria com a minha qualificação profissional, e a participação no Programa Mais Médico me ofereceu uma oportunidade de viver uma nova experiência.

A oportunidade de estar no Brasil serviu para aprender uma nova língua, melhorar minha comunicação com a sociedade brasileira, constituindo um desafio para estabelecer uma adequada comunicação. Além de tornar-me uma profissional mais consciente, humana, preparada integralmente, melhorando desta maneira a qualidade dos atendimentos aos usuários. O curso de especialização em saúde da família significou para minha prática profissional a possibilidade de adquirir novos conhecimentos acerca das estratégias de saúde da família no Brasil.

Com a ajuda dos orientadores e o programa metodológico usado no curso ampliei meus conhecimentos a respeito da atenção primária da saúde, com um sistema de saúde diferente do que conhecia, exigindo de nós uma maior preparação e qualificação científica, permitiu a atualização em diversos temas importantes tanto da prática clínica como da saúde coletiva, acrescentando meus conhecimentos em relação a programas e conteúdo de saúde pública do Brasil.

Permitiu a troca de conhecimentos e ideias entre os profissionais, o qual incrementou a integração, permitindo a qualificação do serviço. Foi um imenso prazer compartilhar meus conhecimentos e experiências na saúde da família com a equipe, assim como aprender de suas experiências profissionais. Hoje entendemos que somos mais capazes de fazer saúde de forma integral por meio de organização,

planejamento e trabalho em equipe. E permitiu a criação do vínculo mais estreito com a comunidade.

A realização periódica de tarefas foi muito legal, e permitiu o planejamento semanal das atividades, promovendo o estudo e revisão de temas importantes o que contribuiu para atualização de cada profissional, além de permitir a troca de ideias e conhecimentos entre os especializando e orientadores. O curso deu-me a possibilidade de compartilhar com excelentes professores com paciência e dedicação incalculáveis. A realização dos testes de qualificação cognitiva me proporcionou melhoria na minha prática clínica como profissional da saúde.

Durante o curso aprendi que as ações em saúde devem ser programadas baseando-se em dados obtidos da análise situacional da comunidade. Por meio dos dados, é possível avaliar as necessidades da população e desta maneira realizar ações para solucionar. O mesmo demonstrou que tudo pode ser possível, que cada desafio é um novo início, mas podemos realizar atendimentos com melhor qualidade para os usuários hipertensos e diabéticos. Com a realização desse projeto de intervenção, temos condições de dar continuidade ao mesmo e programar em nossa unidade de saúde os demais projetos comunitários.

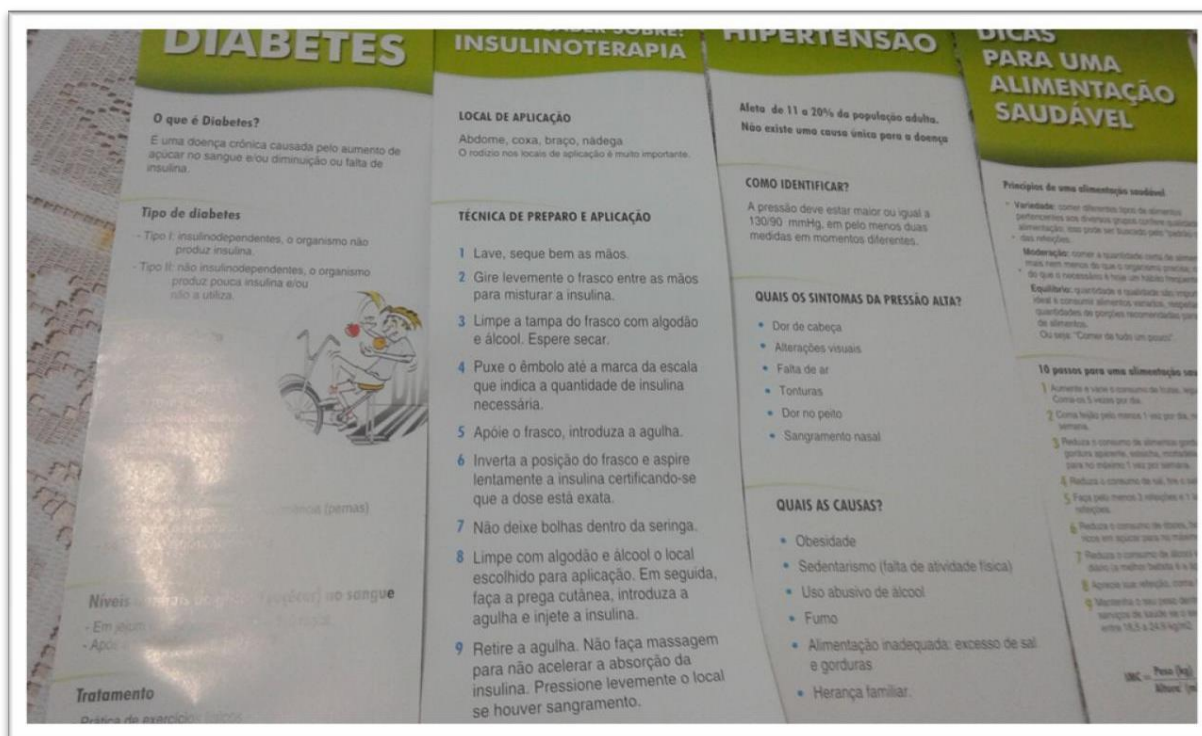
Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.

Apêndices

Apêndice A - Folder sobre Diabetes, Espumoso/RS, 2015.



Apêndice B - Atividade educativa na sala estar na UBS Gerardo Barbosa,
Espumoso/RS, 2015.



Foto autor Elisandra Moraes



Foto. autor Rodrigo Vargas

Apêndice C - atividade educativa realizada em a casa comunitária esquina Bom Jesus, Espumoso/RS, 2015.



Foto .autor Rodrigo Vargas.

Apêndice D- equipe de saúde da UBS Gerardo Barbosa, Espumoso, R/S,2015



Foto, autor Rodrigo Vargas

Apêndice E- nosso primer encontro com a comunidade em o posto de saúde com a presença de agentes comunitários e gestora, espumoso, R/R, 2015



Foto , autor Roberto Moraes.

Anexos

Anexo A – Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

Eu, Santa Librada Diaz Rodriguez, (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

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

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

Nome

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante
