

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 8**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção às pessoas com HAS e/ou DM na UBS Campo do
Meio, São Francisco de Paula/RS**

Dainier Albelo Acosta

Pelotas, 2015

DAINIER ALBELO ACOSTA

**Melhoria da atenção às pessoas com HAS e/ou DM na UBS Campo do
Meio, São Francisco de Paula/RS**

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

Orientadora: Ana Guilhermina Machado dos Reis

Pelotas, 2015

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

A185m Acosta, Dainier Albelo

Melhoria da Atenção Às Pessoas com HAS e/ou DM na UBS
Campo do Meio, São Francisco de Paula/RS / Dainier Albelo Acosta;
Ana Guilhermina Machado Reis, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

97 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. Reis, Ana Guilhermina
Machado, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico esse trabalho à comunidade do Município de São Francisco de Paula, em especial aos moradores do Bairro Campo do Meio.

Agradecimentos

Agradeço a minha orientadora, pelo apoio e paciência ao longo do Projeto. A equipe da UBS Campo do Meio pelo entusiasmo diário, a Prefeitura Municipal e a Secretaria de Saúde pela parceria.

Resumo

ACOSTA, Dainier Albelo. **Melhoria da atenção às pessoas com HAS e/ou DM, na UBS Campo do Meio, São Francisco de Paula/RS.** 2015, 96f. 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.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o perfil sanitário mundial está se alterando rapidamente, especialmente nos países em desenvolvimento. Os conhecimentos sobre a natureza das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), sua ocorrência, seus fatores de risco e populações sob-risco também estão em transformação. O aumento na incidência da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) na minha UBS e no município em geral, tem gerado que tanto os recursos físicos como os humanos sejam insuficientes na obtenção de uma atenção oportuna e de qualidade para a população, provocando a consequente insatisfação dos usuários. Por isso, justifica-se a escolha do foco no Programa de Hipertensão e Diabetes para intervenção na UBS. A mesma está localizada na zona urbana do Município São Francisco de Paula-RS, no bairro Campo do Meio. A área de cobertura abrange um total de população de 1703 habitantes, dentre eles 252 usuários são hipertensos e 77 são diabéticos. A Intervenção tratou da melhoria da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em usuários com vinte anos e mais, na UBS Campo do Meio, São Francisco de Paula, RS e foi desenvolvida durante os meses de abril a agosto de 2015. Participaram da intervenção 271 usuários e foram incluídos todos os indivíduos de 20 anos ou mais, de ambos os sexos com diagnóstico de DM e/ou HAS residentes na área de abrangência da unidade. A coleta de dados ocorreu por meio do preenchimento da planilha de coleta de dados e ficha espelho fornecida pelo curso. Adotamos os programas de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica descritos nos Cadernos de Atenção Básica nº 36 e 37 do Ministério da Saúde, Brasília, 2013. Concluímos a intervenção com 100% de usuários com HAS e/ou DM cadastrados no programa, foi realizado exame clínico apropriado e avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 250(99,2%) hipertensos e 76(98,7%) diabéticos.. Os exames complementares foram realizados em 224 (88,9%) das pessoas com hipertensão e em 67(87,0%). das pessoas com diabetes mellitus Realizamos também a busca ativa de 100% dos usuários faltosos. Ao finalizar a intervenção 241 (95,6%) de hipertensos e 75 (97,4%) de usuários diabéticos, utilizavam os medicamentos prescritos que constituem a lista de fármacos disponibilizados pela Farmácia Popular do Brasil (FPB). Receberam orientações quanto alimentação saudável, prática de atividades física, higiene bucal, avaliação de atendimento odontológico e risco do tabagismo 250 (99,2%) usuários hipertensos e 76 (98,7%) de usuários diabéticos, na mesma porcentagem foi realizada estratificação de risco cardiovascular e adequado preenchimento da ficha de acompanhamento. Mesmo que os objetivos não tenham sido cumpridos na sua totalidade o Projeto tornou-se de extrema importância por ter a característica de levar a população educação em saúde e não só tratar a doença já existente, isso é devido ao trabalho da equipe de forma integral.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; Hipertensão Arterial; Diabetes Mellitus; Doenças Crônicas não Transmissíveis.

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico Proporção de adultos hipertensos moradores no território e cadastrados no programa. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.	65
Figura 2	Gráfico Proporção de adultos diabéticos moradores no território e cadastrados no programa. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.	66
Figura 3	Gráfico Proporção de adultos hipertensos moradores no território e com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.	67
Figura 4	Gráfico Proporção de adultos diabéticos moradores no território e com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.	67
Figura 5	Gráfico Proporção de adultos hipertensos moradores no território e com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.	68
Figura 6	Gráfico Proporção de adultos diabéticos moradores no território e com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.	69
Figura 7	Gráfico Proporção de adultos hipertensos moradores no território e com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.	70
Figura 8	Gráfico Proporção de adultos diabéticos moradores no território e com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.	71
Figura 9	Gráfico Proporção de adultos hipertensos moradores no território e com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.	72
Figura 10	Gráfico Proporção de adultos diabéticos moradores no território e com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.	72
Figura 11	Gráfico Proporção de adultos hipertensos moradores no território e com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.	74

Figura 12	Gráfico Proporção de adultos diabéticos moradores no território e com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.	74
Figura 13	Gráfico Proporção de adultos hipertensos moradores no território e com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.	75
Figura 14	Gráfico Proporção de adultos diabéticos moradores no território e com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.	76
Figura 15	Gráfico Proporção de adultos hipertensos moradores no território e com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.	78
Figura 16	Gráfico Proporção de adultos diabéticos moradores no território e com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.	78
Figura 17	Gráfico Proporção de adultos hipertensos moradores no território e com orientação sobre a prática de atividade física regular. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015	79
Figura 18	Gráfico Proporção de adultos diabéticos moradores no território e com orientação sobre a prática de atividade física regular. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.	79
Figura 19	Gráfico Proporção de adultos hipertensos moradores no território e com orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.	80
Figura 20	Gráfico Proporção de adultos diabéticos moradores no território e com orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.	80
Figura 21	Gráfico Proporção de adultos hipertensos moradores no território e com orientação sobre higiene bucal. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.	81
Figura 22	Gráfico Proporção de adultos diabéticos moradores no território e com orientação sobre higiene bucal. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.	81

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CA	Câncer
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EaD	Educação à Distância
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia Saúde da Família
FPB	Farmácia Popular do Brasil
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISPRENATAL	Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
VD	Visita Domiciliar

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	23
2 Análise Estratégica.....	24
2.1 Justificativa	24
2.2 Objetivos e metas.....	26
2.2.1 Objetivo geral.....	26
2.3 Metodologia.....	28
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	46
2.3.3 Logística.....	52
3 Relatório da Intervenção	58
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	58
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	61
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	62
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	62
4 Avaliação da intervenção.....	64
4.1 Resultados	64
4.2 Discussão	81
6 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	88
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	90
Referências	91
Anexos	92
Anexo A - Documento do comitê de ética	93
Anexo B - Planilha de coleta de dados	94
Anexo C - Ficha espelho.....	95
Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias.....	96

Apresentação

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família, modalidade à distância da Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) em conjunto com a Universidade Federal de Pelotas (EaD/UFPel) é o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as Unidades de Ensino que integram o Projeto Pedagógico do curso. Teve como objetivo geral melhorar a Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em usuários com vinte anos e mais, na UBS Campo do Meio, São Francisco de Paula, RS.

Começamos o mesmo apresentando a **análise situacional** sobre a situação da unidade de saúde Campo do Meio, São Francisco de Paula/RS, o relatório da análise situacional e um comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório final da análise situacional.

Logo iremos descrever a **análise estratégica** que aborda a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações e detalhamento das mesmas, indicadores, logística e cronograma de execução do Projeto de Intervenção.

Continuamos com o **relatório da intervenção** onde serão apresentadas as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e, por fim, a análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço.

Na quinta e sexta seção será apresentado o **relatório da intervenção para gestores e a comunidade** respectivamente.

Já na sétima seção será apresentada a **reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem** e finalizamos com a **referências e anexos** utilizados no Projeto.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS aonde eu trabalho está no município de São Francisco de Paula na zona urbana da cidade, atendemos 5 comunidades, mais outra parte do interior. A mesma está formada por uma recepção, uma sala de espera, um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de vacina, um banheiro para funcionários e outro para os usuários. Uma cozinha, um depósito de limpeza e lixo, sala de recepção para lavagem e descontaminação de material, todos com boa iluminação e ventilação o qual facilita um bom desempenho dos funcionários. Os recursos humanos envolvidos neste trabalho são: dois médicos clínicos gerais, uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, um dentista e duas agentes de saúde.

Em nosso município existe uma população estimada de 10.000 habitantes na cidade e 12.000 no interior, pertencem a minha UBS aproximadamente 1.703 habitantes. Ainda não temos o número exato de pacientes com doenças crônicas mas podemos dizer que predominam os casos de hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade, dislipidemia, artrose e doenças psiquiátricas. Além disso, temos 11 grávidas em controle e 19 crianças menores de 1 ano de idade. Até agora foram diagnosticados 21 novos casos de usuários com (Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), 4 com Diabetes Mellitus (DM), e 14 com dislipidemia; mas toda a equipe ainda continua fazendo pesquisa de outras doenças crônicas e dos fatores de risco para ter um melhor controle de cada uma das pessoas nas comunidades atendidas e classificadas dependendo dos principais fatores de risco. Também junto com as agentes de saúde realizamos visitas domiciliares para conseguir um acompanhamento de cada um dos pacientes com mais qualidade, por enquanto existe uma boa comunicação entre médico-enfermagem e agentes de saúde e

avaliamos juntos aqueles pacientes que por alguma discapacidade ou doença não pode assistir a consulta.

Realizamos 12 consultas agendadas de manhã e 12 de tarde, mais os casos que procuram ser atendidos, um total aproximado entre 24 e 30 pacientes ao dia, visitamos até 4 famílias na semana, priorizando os pacientes acamados e cadeirantes. Temos uma tarde a cada 15 dias pra atendimento das grávidas e outra para atendimento das crianças menores de um ano pra fazer um melhor acompanhamento destes grupos e aproveitamos pra fazer algumas atividades de promoção e prevenção de saúde com temas diversos por exemplo: os benefícios do aleitamento materno nos primeiros 6 meses de vida e das vacinas, a importância da realização das consultas e exames pré-natais e como evitar os acidentes dentro do ambiente doméstico.

O atendimento no interior é feito duas vezes por semana, geralmente terça e quinta, onde os principais problemas de saúde encontrado são muitos similares aos da cidade predominando os casos de artroses, hérnia de disco e infecções respiratória, nota-se também a baixa capacidade cognitiva destas populações, uma baixa escolaridade, alimentação inadequada, falta de higiene corporal e domiciliar. Temos também de forma geral um alto índice de pacientes fumantes, alcoólatras e sedentários.

As estratégias de trabalho fundamentais som; realizar atividades de promoção e prevenção, acompanhamento das doenças crônicas para evitar as complicações, controle pré-natal para diminuir a morbimortalidade infantil e materna nas que ainda não temos ninguém, trabalho com os grupos de risco, modificar hábitos e estilos de vida, temos um grupo de gestantes onde falamos todas as semanas diferentes temas sobre a gestação, também com adolescentes para evitar gravidez não desejada e as doenças de transmissão sexual.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Nosso município apresenta geograficamente altitude de 900 metros e ocupa extensão territorial de 3.273,498 km². Distante 110 Km da capital do Estado (Porto Alegre), faz divisa com 11 municípios e com o Estado de Santa Catarina. Dividido em sete distritos, e mais de vinte localidades. A Secretaria de Saúde com base na sede do município, contando com nove unidades de saúde, quatro na zona urbana e cinco na zona rural, dentre elas contamos com três UBS vinculadas a Estratégias de

Saúde da Família, duas na zona urbana e uma na zona rural. Contamos com um CAPS, e com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). O município conta com um Hospital filantrópico diretamente conveniado ao SUS e que também recebe recursos municipais. As outras unidades de saúde caracterizam-se por Unidades tradicionais. Não contamos com os programas Núcleo de Apoio À Saúde da Família(NASF), ou Centro de Especialidade Odontológica (CEO).

A unidade Básica de Saúde é localizada na zona urbana do município, no bairro Campo do Meio. A equipe de Estratégia de Saúde da Família foi implantada recentemente e conta com: uma enfermeira, três técnicos de enfermagem, dois agentes comunitários, um médico e um dentista. O atendimento é feito com agendamento prévio das consultas iniciando-se com a triagem dos pacientes e estes encaminhados para o atendimento médico ou odontológico. A enfermagem fica responsável pelos curativos, aferições dos sinais vitais e algumas orientações. Os agentes comunitários responsáveis pelo cadastramento das pessoas de acordo com as micro áreas de atuação são responsáveis também pelas orientações sobre saúde, higiene e qualidade de vida. O vínculo com instituições de ensino ocorre com ações conjuntas com as escolas de ensino fundamental, municipais e estaduais.

A UBS em sua estrutura física está formada por uma recepção, uma sala de espera, um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de vacina, um banheiro para funcionários e outro para os usuários. Uma cozinha, um depósito de limpeza e lixo, sala de recepção para lavagem e descontaminação de material, todos com boa iluminação e ventilação o qual facilita um bom desempenho dos funcionários. A necessidade de adequação da infraestrutura, seria a ampliação para uma sala destinada a reuniões. Com esta adequação seria possível uma melhor promoção de saúde, com grupos de apoio, reuniões de equipe, reuniões com a comunidade e palestras educativas.

Em relação às atribuições da equipe temos que considerar como aspecto positivo o vínculo da equipe com a comunidade. Trata-se de uma localidade com um número significativo de pessoas onde a maioria são moradores fixos. O acesso é universal, e prestamos atendimento a todos os usuários, realizando geralmente 3 consultas agendadas de manhã e 3 a tarde, somente para usuários do interior, mais a demanda espontânea com um total de 24 a 30 usuários no dia; em alguns casos temos deficiências significativas na resolutividade dos problemas.

O acompanhamento dos casos mais graves é realizado com visitas domiciliares frequentes, e remoção até o hospital caso necessário. Também nos domicílios realizam-se outros procedimentos, como: curativos, consultas médicas e de enfermagem, acompanhamento dos problemas de saúde e orientações. O vínculo com a população pode ser realizado utilizando todos os profissionais da equipe numa ação conjunta em prol do benefício da comunidade.

Os encaminhamentos dos usuários a outro nível de atenção são feitos respeitando os fluxos de referência e contra referência; mas muitas vezes as normas e particularidades do SUS, são deixadas de lado pelos gestores e profissionais, ocasionando a alienação dos usuários que abandonam o tratamento agravando o problema de saúde, ocasionando assim o processo de adoecimento do sistema. Necessita-se de uma melhor visão e manutenção dos programas preconizados em atenção básica. Poderíamos citar o acesso ao acolhimento, com escuta dos usuários e encaminhamento dos casos para uma possível reunião de equipe, resolutividade dos problemas encontrados. Uma gerência desta unidade como núcleo de atenção à outras localidades que necessitam da mesma, o levantamento de indicadores para reconhecimento dos agravos do território de atuação podendo assim criar estratégias para um trabalho resolutivo. Uma das limitações identificadas seria a falta de educação em saúde para os profissionais e para comunidade, a identificação através dos indicadores possibilitaria um atendimento básico e de qualidade.

Na UBS Campo do Meio a equipe é suficiente para o atendimento na área de abrangência, temos uma população total de 1703 usuários, uma parcela da população acima dos 60 anos 197 pessoas, número de crianças menores de um ano 35 crianças e são acompanhadas 18 gestantes. Também temos 389 mulheres entre 25 e 64 anos e 166 mulheres entre 50 e 69 anos acompanhadas pela equipe de Estratégia de Saúde da Família. Alguns dados foram colhidos nas fichas cadastrais dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS). A estrutura comporta o atendimento, mas necessita de adequação, poderíamos inicialmente criar um protocolo de manejo para as situações mais graves, como no atendimento a urgências com uma rede de apoio com os dispositivos já existentes na sede. Poderíamos fomentar, juntamente com a equipe de trabalho, protocolos específicos para esses casos, uma ação positiva, seria o levantamento dos indicadores e utilizá-los para análise, ter controle

do número e quais os agravos existentes no território. O plano de ação, além de tabular os indicadores, seria o planejamento das ações juntamente com a equipe.

O atendimento a demanda espontânea, nos traz a dificuldade em não acolher adequadamente a todos. Até agora não contamos com um local específico para realizar o acolhimento do usuário, pois é efetuado por todos os profissionais da equipe desde a chegada do mesmo à UBS, sem horários determinados, este processo demora aproximadamente 5 minutos na maioria dos casos. A população está acostumada a procurar fichas de atendimento, não o atendimento em si. A busca por esta “ficha”, acumula um número de pessoas, antes da abertura da Unidade, criando filas para o atendimento. Em muitos casos as pessoas procuram atendimento simplesmente por ir, sem qualquer agravo de saúde, solicitando apenas receitas e exames. A equipe conhece e utiliza a avaliação e classificação dos riscos biológicos para definir o encaminhamento da demanda do usuário; identificando aqueles que necessitam de tratamento imediato de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento, devendo o atendimento ser priorizado de acordo com a gravidade clínica do usuário e não com a ordem de chegada ao serviço. Também são definidos os encaminhamentos da demanda espontânea de acordo com a avaliação e classificação de vulnerabilidade social, identificando usuários com sinais de desnutrição, condições precárias de moradia e saneamento, pessoas sem família ou sem emprego, devendo o atendimento ser diferenciado aos mesmos.

Faz-se necessário uma educação em saúde juntamente com a comunidade para esclarecer dúvidas, e orientar a melhores cuidados com sua saúde. Hoje notamos que tratamos as doenças e não as pessoas, esta quebra de paradigma seria imprescindível para a resolutividade de nossa área de ação.

Em relação à saúde da criança na UBS onde atuo temos 35 crianças menores de 1 ano para mais do 100% do estimado da área de abrangência. O 100% tem a consulta em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde e fizeram a triagem auditiva e o teste do pezinho até sete dias. Além disso todos têm monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta. As vacinas estão em dia e receberam orientações para aleitamento materno exclusivo o 100% das crianças. Realizamos o atendimento de puericultura um dia na semana priorizando os grupos etários menores de 72 meses, a mesma é feita pelo médico Pediatra e médico de família alternando uma semana para cada um. Notamos aqui a

não inclusão dos outros profissionais. Além das crianças da área de abrangência, atendemos até 30% de outras áreas e sempre com a mesma qualidade. O atendimento é realizado seguindo o protocolo do Ministério da Saúde do ano 2012 onde cada criança deve ter mínimo 6 consultas nos primeiros 12 meses. Muitas são as ações desenvolvidas na UBS para o cuidado às crianças na puericultura, exemplo deste temos: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, de saúde bucal, de saúde mental, Imunizações, prevenção de anemia e violências, promoção do aleitamento materno, de hábitos alimentares saudáveis, da saúde bucal, da saúde mental, do teste do Pezinho, entre outros. Os atendimentos são registrados em: prontuário clínico, ficha de atendimento odontológico, ficha de atendimento nutricional e ficha-espelho de vacinas na maioria dos casos. Não temos arquivo específico para os registros dos atendimentos. Devemos melhorar a forma como as informações são registradas, ou registrar corretamente nas fichas já existente, para que a equipe possa realizar a avaliação do programa de puericultura e melhorar a atenção de acordo com as deficiências encontradas, atingindo assim uma maior cobertura e melhor qualidade no programa. Também temos que sugerir a inclusão nas consultas de puericultura, os demais profissionais da equipe, como cirurgião dentista, enfermeiro, nutricionista, pois assim se tem uma abordagem mais integral, sendo de fundamental importância para promoção a saúde da criança e prevenção de agravos, identificando situações de risco e buscando atuar de forma precoce nas intercorrências.

Temos que realizar visitas domiciliares, e grupos para orientação, sobre amamentação, vacinação, cuidados nos acidentes domiciliares, e a importância da presença paterna no desenvolvimento psicomotor, os princípios de higiene, e o cuidado na alimentação e hidratação adequada na realidade do usuário. Ênfase no diálogo com as crianças, para o desenvolvimento, e habilidades de acordo com as idades. Devemos também identificar um profissional da saúde que se dedique ao planejamento, gestão e coordenação do Programa de Puericultura, assim como também à avaliação e monitoramento do mesmo. Poderíamos realizar protocolos para o atendimento de todos os profissionais, com organograma do atendimento, um prontuário específico, e agendamento das consultas, de acordo com o grau de severidade, ou acompanhamento. A população possui um importante vínculo com os profissionais, não sendo difícil a adesão.

Em relação ao pré-natal na unidade de saúde em que eu atuo, juntamente com a minha equipe temos um total de 18 grávidas representando 70% do estimado, delas iniciaram o pré-natal no 1º trimestre 15 para um 83% do total. Além disso todas têm as consultas em dia de acordo com calendário do Ministério da Saúde. O 100% das gestantes receberam a solicitação na 1ª consulta dos exames laboratoriais preconizados e estão com as vacinas atualizadas (dupla adulto (dT) e hepatite B) conforme protocolo. Até agora todas fazem exame ginecológico por trimestre e recebem orientações para aleitamento exclusivo e suplementos de sulfato ferroso conforme protocolo. Ainda não foi avaliada nenhuma dela por saúde bucal. O número de puérperas é de 20 para um 100% do estimado, todas receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido e aleitamento materno exclusivo. Também o 100% tiveram a sua consulta puerperal registrada e o abdome examinado. Só o 80% tiveram as mamas examinadas e 85% realizaram exame ginecológico.

Contamos com 2 médicos ginecologista-obstetra pelo que o atendimento pré-natal é 100% feito por eles, em duas frequências semanais. Após a consultas de pré-natal sempre é agendada a próxima consulta. Trabalhamos com grupos de gestantes a cada 15 dias de tarde onde são orientadas atividades de promoção e educação em saúde, exemplo: importância do aleitamento materno nos primeiros 6 meses, importância do teste de pezinho, prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), cuidados básicos do recém-nascido, promoção de atividade física, riscos do tabagismo, do álcool e das drogas na gravidez entre outros.

Todos os registros da gestante são feitos em um prontuário clínico individual e posteriormente atualizado em programas específicos como no Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerpério e Criança (SISPRENATAL). Seguindo critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde no atendimento a gestante, são anotados os dados referentes a gestação no cartão pré-natal, avaliando o mesmo e dando sequência as orientações necessárias.

Consideramos as deficiências para um melhor atendimento no pré-natal, a falta de disponibilidade de um local mais amplo e com variedade de materiais educativos, assim como profissionais de nível superior, Psiquiatra, Assistente Social e Educador Físico integrados a equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e ao grupo de gestantes. Outra deficiência seria a falta de profissional dedicado ao planejamento, gestão e coordenação do programa de Pré-Natal, assim como a falta

de profissional dedicado à avaliação e monitoramento do programa. Notamos também a falta de exames de alta complexidade para detecção de má formação congênita. O município conta com um hospital, que realizam partos e cesáreas, mas sem o acompanhamento de um pediatra, acontecendo também de existir uma cota de atendimento onde as famílias devem pagar para receber o atendimento que deveria ser realizado pelo SUS. A inexistência de ações programáticas de atenção Materna Infantil, ou dar seguimento ao programa estadual, Rede Cegonha, e fomentar a criação de protocolos para ações pragmáticas de cadastro, prontuário e um melhor controle dos riscos preconcepção. Um trabalho com a Vigilância em Saúde, para as doenças transmissíveis que possam complicar a gestante e causa má formação. Agendar consultas para as possíveis complicações da gestante, exemplo avaliação com especialidades médicas antes do parto.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero, na UBS temos 389 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e acompanhadas para prevenção de câncer de colo de útero, o que representa um 83 % do estimado. Até agora só o 45% (176 mulheres) está com exame cito-patológico para câncer de colo de útero em dia e o 26% (102 mulheres) está com mais de 6 meses de atraso neste exame. O 15% (58 mulheres) teve a citologia alterada, mas temos que dizer que os resultados deste mês ainda não estão prontos. Também temos 93 mulheres (24%) com avaliação de risco para câncer de colo de útero, e o 96% (374 mulheres) receberam orientação sobre prevenção de Câncer (CA) de colo de útero e sobre DST. Só 8 (2%) mulheres apresentam os exames coletados com células representativas da junção escamo-colunar.

Os casos positivos são encaminhados através da regulação estadual para hospitais para tratamento. Não existindo acompanhamento pós tratamento na unidade. A coleta de exame citopatológico é realizado dois dias da semana, de manhã e a tarde, de forma organizada como é orientado no protocolo de prevenção do câncer de colo uterino do Ministério da Saúde a cada um ano. Os atendimentos são registrados em: livro de registro, prontuário clínico e formulário especial para citopatológico. Nos últimos três anos foram identificadas 96 mulheres com exame citopatológico alterado; este indicador foi procurado no livro de registro de exames citopatológicos, o que é revisado uma vez por mês para verificar mulheres com exame de rotina e alterado em atraso; além de verificar completude de registros.

Existe orientação verbal por parte dos profissionais para todas as mulheres, em idade fértil, ou em grupos de risco, no caso as pessoas que possuem múltiplos parceiros, ou fazem sexo sem proteção. Notamos certa dificuldade na população em buscar o atendimento por ficar constrangido em relatar seus problemas. Poderíamos criar um programa de detecção e acompanhamento de doenças sexualmente transmissíveis. A demora no resultado de biópsias, por ser realizada fora do município, bem como exames de média e alta complexidade, realizada também em outros municípios necessitaria de outro olhar e a criação de uma rede de trabalho para os casos que necessitam de acompanhamento. Poderia ser criado momentos para promoção e prevenção, na própria sala de espera. Também poderíamos sugerir a presença de um profissional que se dedique ao planejamento, gestão e coordenação do programa de prevenção do câncer de colo uterino, assim como à avaliação e monitoramento deste programa.

Em relação ao Controle do Câncer da Mama podemos dizer que não temos em nossa UBS registro de algum arquivo específico dos resultados da mamografia, portanto não existem indicadores do número de pacientes e idades, atendendo somente por demanda espontânea. Contamos na UBS com 166 mulheres entre 50 e 69 residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama para um 95% do total estimado. Em nossa pesquisa na área de abrangência encontramos 54 mulheres com mamografia em dia o que representa o 33% do total e 87 com mamografia com mais de 3 meses em atraso para um 52%. O 13% (21) destas mulheres foram avaliadas de risco para câncer de mama e o 64% (106) receberam orientações sobre prevenção do câncer de mama.

No dia-a-dia são realizadas ações com as mulheres para o controle do peso corporal, estímulo à prática regular da atividade física, malefícios do consumo excessivo de álcool, reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, importância de exame clínico de mamas e/ou solicitação de mamografia etc.

Indicações de mamografias, exame clínico das mamas e ecografia mamária são oferecidas em todas as consultas sempre que a mulher estiver de acordo realizar; não existindo um programa organizado para este rastreamento A secretaria de saúde disponibiliza exame de mamografia, mas não há um programa de prevenção, ou orientação do câncer de mama. Não existem consultas programadas, específicas, nem protocolo de controle do câncer de mama. Também notamos a falta de profissionais dedicados ao planejamento, gestão e coordenação das ações

de controle do câncer de mama, assim como à avaliação e monitoramento das ações deste programa.

Poderia ser criado um programa juntamente com as outras unidades para dar solução aos casos positivos, diagnosticados através dos exames. Também devemos ter um registro atualizado dos casos na UBS, o que facilitaria muito o trabalho da equipe e permite um acompanhamento/monitoramento dos usuários.

Em relação à atenção aos usuários com HAS e/ou DM, temos 252 usuários com HAS com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS o que representa o 66% do estimado. Todos receberam orientações sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável, o 41% (103 usuários) estão com avaliação de saúde bucal em dia, o 67% (169 usuários) têm os exames complementares periódicos em dia e em nenhum deles foi realizado a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico.

As pessoas com diabetes são até agora 77 usuários com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS. O 100% estão com exames complementares periódicos em dia e todos têm feito nos últimos 3 meses exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso, medida da sensibilidade dos pés, orientação sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável. O 83% (64 usuários) está com avaliação de saúde bucal em dia e em nenhum deles foi realizado a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico.

Identificamos em nossa área de abrangência e de forma geral no município uma alta prevalência de pessoas com HAS e DM, mas também temos identificado que o número de casos novos cada dia é maior, o que está dado principalmente pela pouca percepção do risco, digo isso porque temos pacientes que com conhecimentos de hábitos e estilos de vida saudáveis fazem todo o contrário.

Nossa qualidade no atendimento apresenta um déficit na atenção. A falta de cumprimento dos protocolos, manejo inadequado para o controle das doenças, não levando em conta o risco e característica de cada doença. Também percebemos uma troca de tratamento, não dando seguimento para o tratamento anterior. A falta de sequência na atenção básica e secundária, a falta de manejo adequado, faltando a sensibilização dos profissionais em seguir o tratamento e reencaminhar os pacientes da forma adequada. Falta de especialistas na rede de atenção, como endocrinologista, ou a demora no encaminhamento para esta especialidade. Muitos

usuários não possuem o aparelho, glicômetro, para controle desta enfermidade em sua residência. A falta de conhecimento dos pacientes em reconhecer as complicações das doenças e não realizar o tratamento proposto, complicando cada vez mais seu problema.

Poderíamos sugerir a implementação de um programa de consultas específicas para estas doenças. A sensibilização da equipe de trabalho, para fomentar ações de prevenção e promoção no cuidado com alimentação e mudança do estilo de vida que poderiam participar em atividades físicas como: caminhadas orientadas e grupos sistemáticos de educação permanente institucional e para os usuários. Engajar o profissional nutricionista para readequar a dieta e mudança no estilo de vida, também poderíamos estar participando do programa Hiperdia, para o monitoramento e acompanhamento dos casos de doenças crônicas não transmissíveis.

Em relação à saúde dos idosos, o Ministério da Saúde indica que o Brasil é considerado um país envelhecido, onde 10% da população apresentam mais de 60 anos. Nosso município possui 6% da população com mais de 60 anos. Temos 197 pacientes com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na nossa UBS o que representa o 85% do total estimado. Até agora todos receberam orientações de hábitos alimentares saudáveis, importância da atividade física regular e estão com avaliação de saúde bucal em dia e caderneta de Saúde da Pessoa Idosa. Só 5 idosos (3%) têm realizado a avaliação Multidimensional Rápida e 52% (103 idosos) têm acompanhamento em dia. A doença predominante neste grupo etário é a HAS com um 98% (193 idosos) do total de idoso, seguido pela Diabetes que alcança um 28% (55 idosos). Em nenhum deles foi realizado avaliação de risco para morbimortalidade, nem fizeram investigação de indicadores de fragilização na velhice.

O atendimento para estas pessoas (idosas) é realizado todos os dias da semana nos dois turnos de consultas. Muitas são as ações desenvolvidas na UBS no cuidado aos idosos, entre estas temos: promoção da atividade física, de hábitos alimentares saudáveis, da saúde bucal e mental, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal e mental, do alcoolismo, da obesidade, do sedentarismo, do tabagismo e imunizações. Apesar de existir um número expressivo da população ser acima dos 60 anos, não existe uma cobertura adequada de assistência para estas pessoas. O atendimento ocorre por livre

demanda, com a prioridade do atendimento, mas notamos a falta de um programa e protocolo que contemple a atenção para pessoa idosa.

Citamos o exemplo no pouco número de pacientes (idosos) com avaliação da Capacidade Funcional Global, onde os profissionais deixam de lado, e realizam o atendimento somente pela queixa e tratamento dos sintomas e casos específicos; o que afeta diretamente a qualidade da atenção à Saúde da Pessoa Idosa, pois primeiramente é preciso um rastreamento da quantidade de pessoas acima dos 60 anos, em cada UBS, a equipe multidisciplinar pode avaliar a capacidade funcional global do idoso, e no exame clínico e complementar para realizar uma avaliação de acordo com a classificação, e trabalhar com os fatores de risco de cada indivíduo, detecção precoce da doença e avaliação e interconsulta com geriatra. É nesse contexto que a denominada “avaliação funcional” torna-se essencial para o estabelecimento de um diagnóstico, um prognóstico e um julgamento clínico adequados, que servirão de base para as decisões sobre os tratamentos e cuidados necessários às pessoas idosas.

Poderíamos sugerir a criação de grupos de idosos para realizar atividades de promoção e educação em saúde. Também atenção nos casos onde as pessoas necessitam de atenção integral, tipo casa de cuidado, pois possuímos um número expressivo de pessoas que não possuem familiares, e tão pouco, pessoas que consigam acompanhar estes em suas atividades diárias. Devemos fomentar uma rede de atenção intersetorial, juntamente com assistência social.

Para finalizar, nosso maior desafio é a sensibilização dos profissionais, que atuam na UBS e na gestão, em se adequar as práticas do Sistema Único de Saúde. O fator cultural visto pela prática da medicalização e as filas no atendimento, gerado pelo próprio sistema, outro desafio seria o cadastramento de toda população, para detectar quais os tipos de agravos existentes no território. O questionário fomentou o trabalho em equipe para as respostas, pretendemos utilizar este recurso para implantação dos programas preconizados, uma ação intersetorial, com a educação, assistência social e outros setores, no intuito de promover ações de educação em saúde, mostrando à comunidade seus direitos e deveres para o bem comum. A equipe poderá realizar ações de prevenção, inicialmente com ações voltadas para ao acompanhamento dos casos de doenças crônicas não transmissíveis, que aflige uma considerável parcela da comunidade. Um apoio que poderíamos contar seria a do controle social, elaborar os programas e aprovar junto ao conselho de saúde para

o engajamento da gestão em aceitar e pôr em prática as ações desenvolvidas através dos indicadores que poderemos levantar, juntamente com o desenvolvimento das potencialidades dos saberes da equipe.

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

Ao realizar o comparativo de atividades da segunda semana de ambientação sobre a situação dos serviços de saúde e o presente Relatório da Análise Situacional, avaliamos que nesse período não houveram muitas alterações nos serviços disponíveis. As adaptações principais ocorreram dentro da UBS, a equipe continua a mesma, porém adequada as necessidades.

As mudanças se deram na forma de melhor atender o usuário, acolhimento qualificada, escuta adequada e resolutividade na maioria dos casos.

O desenvolvimento do Relatório da Análise Situacional (RAS) na Unidade Básica de Saúde (UBS) Campo do Meio melhorou muito o entrosamento da equipe, conhecem melhor as tarefas a serem realizadas. Isso já reflete de forma positiva junto à comunidade, foi gerado um vínculo que nos permitiu conhecer melhor as suas necessidades e poder então supri-las mesmo que de forma parcial.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o perfil sanitário mundial está se alterando rapidamente, especialmente nos países em desenvolvimento. Os conhecimentos sobre a natureza das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), sua ocorrência, seus fatores de risco e populações sob-risco também estão em transformação (WHO, 2005). No Brasil, as DCNT representam um problema de saúde em grande magnitude. Em 2007, 72,0% dos óbitos no país foram decorrentes dessas doenças, com destaque para doenças do aparelho circulatório (31,3%), câncer (16,3%), diabetes (5,2%) e doença respiratória crônica (5,8%). As DCNT atingem indivíduos de todas as camadas socioeconômicas, mas principalmente, aqueles pertencentes a grupos vulneráveis, como os idosos e pessoas de baixa escolaridade e renda (MS, 2011).

O aumento na incidência das DCNT como hipertensão e diabetes na minha UBS e no município em geral, tem gerado que tanto os recursos físicos como os humanos sejam insuficientes na obtenção de uma atenção oportuna e de qualidade para a população, provocando a consequente insatisfação dos usuários. Por isso, torna-se necessário estabelecer como processo prioritário, programas de Capacitação e Seguimento que melhorem a cobertura, adesão, registro e qualidade do programa de atenção aos usuários com HAS e/ou DM na UBS.

A Unidade Básica de Saúde está localizada na zona urbana do Município São Francisco de Paula-RS, no bairro Campo do Meio. A área de cobertura abrange um total de população de 1703 habitantes. Estruturalmente está formada por uma recepção, uma sala de espera, um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala de vacina, um banheiro para funcionários e outro para os usuários. Uma cozinha, um depósito de limpeza e lixo, sala de recepção para lavagem e descontaminação de material, todos com boa iluminação e ventilação. Nossa equipe de saúde foi constituída no dia 16 de junho de 2014, sendo composta por um Médico, um Odontólogo, uma Enfermeira, dois Técnicos de Enfermagem e dois Agentes Comunitários de Saúde.

A população alvo são pessoas com 20 anos ou mais com HAS e/ou DM. Segundo o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) , temos um total de 252 usuários hipertensos e 77 diabéticos na área e acompanhados na UBS. Notamos que nos atendimentos havia falta de cumprimento do protocolo, existia um manejo inadequado para o controle das doenças, não levando em conta o risco e característica de cada patologia, percebemos uma troca de tratamento, não dando seguimento para o tratamento anterior. Assim, passamos a agir em equipe e algumas ações serão qualificadas. Realizaremos um levantamento dos indicadores para tabular a quantidade de pessoas, pois necessitamos de dados precisos. Possuímos um importante vínculo com a comunidade, devido às especificidades da localidade e o trabalho da equipe. Contamos com poucos profissionais, mas com compromisso no atendimento de forma equitativa para cada usuário e tentamos ao máximo dar resolutividade nos casos.

Para a realização desta intervenção e cumprimento das metas traçadas, contamos com uma equipe comprometida, sendo que incluiremos na proposta toda a multidisciplinaridade existente, contudo, encontramos as seguintes dificuldades:

- Existe um excesso de demanda e difícil negociação com a população para priorização de ações já programadas ou de prevenção e promoção, dificultando assim a organização do trabalho.
- A UBS conta com um espaço muito reduzido, dificultando a realização de reuniões com a comunidade e ações de educação em saúde.
- Como é uma zona urbana durante o dia as pessoas encontram-se trabalhando e não nas suas residências, dificultando as ações.

- Ao solicitar um exame laboratorial, o usuário encontra dificuldades na marcação do mesmo pela demora, este processo na maioria das vezes pode levar até dois meses, agravando seu estado de saúde e dificultando também o trabalho do profissional de saúde.

Visto que os índices de pessoas com HAS e DM são consideráveis, notamos a necessidade de realizar esta intervenção sobre o assunto, o qual aponta para que sejam revistas e melhoradas a cobertura, qualidade, adesão, registro, avaliação de risco e promoção da saúde dos usuários com HAS e DM no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde Campo do Meio.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção às pessoas com HAS e/ou DM, na UBS Campo do Meio, São Francisco de Paula/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à 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% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Objetivo 5: Mapear usuários com HAS e/ou DM 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 dos usuários com HAS e/ou DM

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 de intervenção está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Campo do Meio, no Município de São Francisco de Paula/RS. Participarão da intervenção 271 usuários e serão incluídos todos os indivíduos de 20 anos ou mais, de ambos os sexos com diagnóstico de Diabetes Mellitus e/ou Hipertensão Arterial residentes na área de abrangência da unidade. A coleta de dados ocorrerá por meio do preenchimento da planilha de coleta de dados e ficha espelho fornecida pelo curso. Adotaremos os programas de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica descritos nos Cadernos de Atenção Básica nº 36 e 37 do Ministério da Saúde, Brasília, 2013

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 85% das pessoas hipertensas e 100 % das pessoas diabéticas da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2: Cadastrar 70% das pessoas diabéticas da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações:

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento:

O monitoramento é realizado através das visitas dos ACS e da presença nas consultas agendadas na UBS.

Organização e gestão do serviço

- Garantir o registro dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados no Programa.

Detalhamento:

Para concretização da mesma a Enfermeira responsável pela UBS é quem deverá garantir o registro dos usuários com HAS e/ou DM cadastrados com atualização de dados no Programa sempre que for necessário trabalhando em conjunto com a Secretaria de Saúde.

- Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

Detalhamento:

A UBS contará com um profissional destinado exclusivamente para realizar o acolhimento desses usuários.

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

Detalhamento:

Através de um levantamento semanal, conforme o agendamento e demanda espontânea é solicitado à Secretaria de Saúde os materiais necessários para continuidade de intervenção.

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.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento:

Estas ações podem ser desenvolvidas com o auxílio dos ACS e lideranças comunitárias através de cartazes, folders, comunicados em rádio e jornal, além de palestras educativas.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento:

Para a educação permanente da equipe, serão utilizados cursos de qualificação e web conferências para que esta em conjunto entenda e ponha em prática o protocolo clínico disponibilizado pelo Ministério da Saúde. Durante as capacitações pretendemos orientar os profissionais para a correta aferição dos sinais vitais e o registro adequado dos mesmos. A troca de saberes e informações são fundamentais para o sincronismo da equipe no desenvolvimento do programa de intervenção.

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

Ações:**Monitoramento e avaliação**

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

Detalhamento:

Pretendemos em cada consulta, realizar o exame clínico completo de forma individual a cada usuário, especificando no prontuário clínico as alterações e condutas realizadas.

Organização e gestão do serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento:

Por meio de uma reunião de equipe, deixam-se estabelecidos as atribuições de cada profissional no exame clínico, conforme a sua capacitação. Sendo responsável pelo acolhimento, agendamento e triagem a equipe de enfermagem, dando continuidade o Médico.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento:

A capacitação de cada profissional deverá ser feita na primeira semana de implantação do programa, com atualização mensal de acordo com as necessidades e o protocolo vigente para o aprimoramento dos serviços prestados. O mesmo deverá ser impresso na primeira semana de Intervenção para ficar à disposição de todos os profissionais que atuam na UBS.

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:

Usaremos os espaços da sala de espera, consulta medica, comunicados, a imprensa e palestras junto a comunidade.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento:

Para a capacitação da equipe, será utilizado, na primeira semana, cursos de qualificação e web conferências para que esta em conjunto entenda e ponha em prática o protocolo clínico disponibilizado pelo Ministério da Saúde; com atualização mensal das capacitações.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento:

Serão avaliadas em cada consulta as necessidades de realização de exames complementares de acordo com o protocolo ou com a carência de cada usuário.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento:

Em acordo firmado entre a Secretaria de Saúde e os laboratórios que prestam serviços a mesma, fica destinado um turno durante a semana, voltado exclusivamente para o atendimento dos usuários cadastrados no programa.

- Garantir a solicitação dos exames complementares.

Detalhamento:

Será solicitado a cada usuário a realização de exames laboratoriais de acordo com o protocolo vigente na unidade e a carência individual de cada um.

Engajamento público

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

Detalhamento:

Usaremos os espaços da sala de espera, consulta medica, comunicados a imprensa e palestras junto a comunidade.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento:

Para a capacitação da equipe, será utilizado, na primeira semana, cursos de qualificação e web conferências para que esta em conjunto entenda e ponha em prática o protocolo clínico disponibilizado pelo Ministério da Saúde; com atualização mensal das capacitações.

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.

Ações:

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento:

Será feita uma lista dos medicamentos presentes na farmácia popular para HAS e DM, logo em cada consulta serão prescritos, tendo sempre em consideração as características individuais de cada usuário.

Organização e gestão do serviço

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

- **Detalhamento:**

Mensalmente será realizado o controle da validade dos medicamentos na farmácia popular, desta forma se dará saída aqueles medicamentos com a data de vencimento mais próxima. O responsável desta ação é a técnica farmacêutica da FPB.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento:

Manter na unidade um registro dos medicamentos da farmácia popular em existência e com auxílio da ficha espelho avaliar as necessidades de cada usuário hipertenso e/ou diabético. Este registro será monitorado semanalmente pela enfermeira.

Engajamento público

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

Detalhamento:

Usaremos os espaços da sala de espera, consulta médica, comunicados a imprensa e palestras junto a comunidade.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento:

Para a capacitação da equipe, será utilizado, na primeira semana, cursos de qualificação e web conferências para que esta em conjunto entenda e ponha em prática o protocolo clínico disponibilizado pelo Ministério da Saúde; com atualização mensal das capacitações.

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.

Ações:

Monitoramento e avaliação

- Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.
- Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento:

Em cada consulta durante o exame clínico será avaliada a necessidade de atendimento odontológico.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento:

Uma vez concluída a avaliação aqueles usuários que precisar de atendimento odontológico será agendada a sua ficha priorizando sempre que for possível três fichas por sessão de atendimento.

Engajamento público

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários com HAS e/ou DM.

Detalhamento:

Usaremos os espaços da sala de espera, consulta medica, comunicados a imprensa e palestras junto a comunidade.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento:

Para a capacitação da equipe, será utilizado, na primeira semana, cursos de qualificação e web conferências para que esta em conjunto entenda e ponha em prática o protocolo clínico disponibilizado pelo Ministério da Saúde; com atualização mensal das capacitações.

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.

Ações:

Monitoramento e avaliação

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento:

Com este propósito será organizada uma agenda de consultas conforme o número de cadastrados no programa, podendo ser ampliado o atendimento para um terceiro turno ao menos uma vez por semana, a fim de atender os usuários que não podem comparecer durante o dia a UBS.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento:

A busca ativa desses usuários será feita pelos ACS que passará os dados ao enfermeiro, o qual será encarregado de organizar a agenda de consultas.

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).
- Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento:

Serão aproveitados espaços como: sala de espera, salão da comunidade, igreja, meios de comunicação, visitas dos ACS e consultas para manter a comunidade informada sobre a necessidade de consultas periódicas e ouvir a comunidade, aceitar sugestões para adequação dos serviços prestados.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento:

Os ACS como ligação entre usuário e unidade de saúde devem ser qualificados periodicamente (2/2 meses) a fim de desempenhar o serviço com melhor qualidade.

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

Ações:

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento:

Diariamente o Enfermeiro da UBS deverá revisar os registros de usuários com HAS e/ou DM acompanhados na unidade de saúde, comprovando se estão sendo preenchidos com a qualidade requerida.

Organização e gestão do serviço

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento:

As informações coletadas pelos ACS são as que alimentam o SIAB e as fichas de acompanhamento, as quais devem ser atualizadas mensalmente, sendo responsável pela revisão e monitoramento dessas fichas o enfermeiro.

- Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento:

Será responsável por apresentar a ficha de acompanhamento aos demais membros da equipe o Médico clínico geral assim como serão aceitas sugestões para a melhor implantação da mesma na unidade.

- Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento:

Cada profissional ao interagir com o usuário faz as anotações que são atribuídas dentro da sua área de atuação.

- Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento:

O responsável pela revisão e monitoramento dos registros será o enfermeiro.

- 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:

Mediante o monitoramento dos registros de cada usuário cadastrado no programa, o enfermeiro irá fazer um levantamento semanal dos faltosos, tanto nas consultas como na realização dos exames complementares. Com o auxílio dos ACS e de dados coletados na ficha espelho, será feita a busca ativa desse usuário.

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:

Durante todo o processo de atendimento do usuário, dentro e fora da UBS serão fornecidos esclarecimentos quanto aos seus direitos e deveres, como por exemplo, o acesso aos seus registros de saúde e segunda via do atendimento, quando necessário.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do usuário com HAS e/ou DM.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento:

No início da implantação do programa deverão ser capacitados os membros da equipe que atuará na UBS a fim de qualifica-los para o correto preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos usuários com HAS e/ou DM.

Objetivo 5: Mapear usuários com HAS e/ou DM 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.

Ações:**Monitoramento e avaliação**

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

Detalhamento:

Para o cumprimento das mesmas, devemos obter dentro das informações contidas no prontuário clínico e nas planilhas referentes ao programa, os dados necessários para monitorar a realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, devendo ficar registrado tal procedimento no histórico do usuário.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento:

De acordo com a avaliação o usuário considerado de alto risco, terá um acompanhamento efetivo, com consultas agendadas mensalmente ou conforme a necessidade. Nos casos de descompensação o atendimento deverá ser imediato e

posteriormente agendado consultas periódicas semanais até estabilização do agravo de saúde.

Engajamento público

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

Detalhamento:

Durante a consulta o médico irá orientar o usuário, quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular, assim como os demais membros da equipe deverão fazê-lo; isso inclui a nutricionista, que poderá inserir nas palestras com os grupos, a importância dos fatores de risco modificáveis como uma alimentação saudável e adequada ao quadro clínico de cada paciente.

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.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento:

Deverão ser realizadas no início do programa através de cursos de qualificação, web conferencias e palestras com profissionais graduados na área de estratégia de saúde da família.

Objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com HAS e/ou DM

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.

Ações:

Monitoramento e avaliação

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento:

Deve-se manter um calendário com datas fixas para as realizações dos encontros, observando a efetividade dos usuários nessas palestras por meio de agendamento e avisos dos ACS nas residências.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento:

Deverão ser postos em prática, grupos de apoio e orientação aos usuários, assim como uma agenda de consultas para a Nutricionista, com um tempo médio definido para cada atendimento. Buscaremos parcerias junto ao gestor e a comunidade para o envolvimento desta profissional qualificada no programa.

Engajamento público

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

Detalhamento:

Serão aproveitados espaços como: sala de espera, salão da comunidade, igreja, meios de comunicação, visitas dos ACS e consultas para a orientação dos usuários sobre alimentação saudável.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento:

A capacitação da equipe será feita através de cursos de qualificação e web conferências.

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.

Ações:

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento:

Deve-se manter um calendário com datas fixas para as realizações dos encontros, observando a efetividade dos usuários nessas palestras por meio de agendamento e avisos dos ACS nas residências.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento:

Deverão ser postos em prática, grupos de apoio e orientação aos usuários, assim como uma agenda de consultas para o Educador Físico, com um tempo médio definido para cada atendimento. Buscaremos parcerias junto ao gestor e a comunidade para o envolvimento deste profissional qualificado no programa.

Engajamento público

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

Detalhamento:

Serão aproveitados espaços como: sala de espera, salão da comunidade, igreja, meios de comunicação, visitas dos ACS e consultas para a orientação dos usuários sobre a importância da prática de atividade física regular.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento:

A capacitação da equipe será feita através de cursos de qualificação e web conferências.

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.

Ações:

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento:

Deve-se manter um calendário com datas fixas para as realizações dos encontros, observando a efetividade dos usuários nessas palestras por meio de agendamento e avisos dos ACS nas residências.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento:

Em associação com o Psiquiatra do CAPS será solicitada ao Secretário de saúde do município a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Engajamento público

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

Detalhamento:

Serão aproveitados espaços como: sala de espera, salão da comunidade, igreja, meios de comunicação, visitas dos ACS e consultas para a orientação dos usuários sobre hábitos de vida saudáveis.

Qualificação da prática clínica

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

Detalhamento:

A capacitação da equipe será feita através de cursos de qualificação e web conferências.

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.

Ações:

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento:

Deve-se manter um calendário com datas fixas para as realizações dos encontros, observando a efetividade dos usuários nessas palestras por meio de agendamento e avisos dos ACS nas residências.

Organização e gestão do serviço

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

Detalhamento:

Deverão ser postos em prática, grupos de apoio e orientação aos usuários, assim como uma agenda de consultas para cada especialidade, com um tempo médio definido para cada atendimento. Buscar parcerias junto ao gestor e a comunidade para o envolvimento dos profissionais qualificados a atuarem no programa.

Engajamento público

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

Detalhamento:

Serão aproveitados espaços como: sala de espera, salão da comunidade, igreja, meios de comunicação, visitas dos ACS e consultas para a orientação dos usuários sobre hábitos de vida saudáveis.

Qualificação da prática clínica

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento:

A capacitação da equipe será feita através de cursos de qualificação e web conferências.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de usuários com HAS e/ou DM 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 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 5: Mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular

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

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com HAS e/ou DM

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de 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 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Entendemos como manual técnico o ponto norteador de nossas ações. Buscamos a publicação que se encontra na UBS, do Ministério da Saúde, os Cadernos de Atenção Básica, (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013), Hipertensão Arterial Sistêmica, e Diabetes Mellitus, e o Acolhimento a Demanda Espontânea, como protocolos na intervenção já disponíveis na unidade de saúde. Além de servir de material de apoio, debatemos a função de cada integrante da equipe, responsabilizando cada um com a sua função aglutinando os saberes e realizando a troca de idéias para o melhor funcionamento do trabalho e da qualidade da atenção.

Registro específico

A Atenção a HAS e DM, em nossa unidade, passa pelo comprometimento da equipe nas intervenções. O registro nos trará as informações necessárias para levantamento dos indicadores e monitoramento. Realizaremos os registros específicos, um prontuário clínico individual, contendo informações das consultas médicas, consultas de enfermagem, saúde bucal, e a visita do agente comunitário, com evoluções contínuas e sucintas. Este registro individual serve para acompanhamento de cada usuários e discussão de caso nas reuniões de equipe. Solicitaremos a gestão o suprimento dos prontuários impressos, e a quantidade e os materiais de insumo necessários para a execução da intervenção.

Condições para o monitoramento

O protocolo adotado serve para auxiliar os saberes da equipe, e para avaliação e monitoramento do programa, nas reuniões de equipe. Utilizaremos o prontuário clínico e de enfermagem disponíveis na secretaria de saúde. O prontuário contempla os registros médicos, de enfermagem e de saúde bucal, bem como a data das visitas domiciliares do agente comunitário, exames complementares, continuidade do tratamento de sinais e sintomas referido em cada consulta. Com estes dados poderemos monitorar e realizar a intervenção adequada a realidade de cada pessoa. Pretendemos gerir a intervenção em 100% usuários usuários com HAS e/ou DM. Pactuaremos com a gestão municipal para dispor os prontuários necessários para o programa. Adotaremos uma planilha eletrônica para o registro das informações e acompanhamento sistemático dos usuários do programa.

Na logística

Em nossa UBS, nossa equipe irá realizar as seguintes ações:

- Produzir material para cadastramento, como prontuário específico e materiais de apoio. O cadastramento é de responsabilidade da enfermeira, com dados da consulta médica, ou de enfermagem, bem como as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários. Os prontuários e materiais de divulgação serão fornecidos pela gestão municipal.
- Definir os papéis para avaliação clínica em educação continuada. Esta definição tem como base os Cadernos de Atenção Básica (HAS/DM), supervisionado pelo profissional Médico e o Enfermeiro, estando no local do atendimento. A avaliação clínica necessita da anamnese, exame físico, e os exames complementares, como exames de sangue, urina, radiológico, que precisamos pactuar junto à gestão, e os laboratórios de análise clínica para a realização e resultado rápido. A entrega dos exames será de responsabilidade do enfermeiro através dos agentes comunitários poderá ser entregue na casa do usuário nas visitas domiciliares. Na educação continuada, iremos realizar oficinas de ausculta e aferição dos sinais vitais segundo o padrão do protocolo.
- Buscar ativamente os usuários faltosos crônicos, agendando as consultas na unidade, ou a visita do médico, enfermeiro e agente comunitário, possibilita um melhor vínculo da equipe com as pessoas de sua área abrangência. Nosso intuito seria de realizar teste de glicose, aferição de pressão arterial, buscando os fatores de risco, que poderão complicar o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas, prevenindo os agravos crônicos não transmissíveis.
- Realizar alimentação do Programa SIAB (SISAB), de responsabilidade dos técnicos de enfermagem e supervisão da enfermeira e os dados das atividades realizadas pela equipe. Monitorar os registros para acompanhamento sistemático, de todos os usuários e para a continuidade das ações.

Para viabilizar a ação de capacitar a equipe para a utilização do protocolo

Realizar capacitações sistemáticas com os seguintes assuntos:

- Alimentação padronizada dos registros dos agentes comunitários;
- Alimentação dos dados eletrônicos (SIAB);

- Verificação dos sinais vitais;
- Diálogo sobre a função de cada membro da equipe segundo protocolo;
- Avaliação dos riscos e suporte adequado em casos de crise hipertensiva e urgência e emergência destes agravos, como proceder e qual o melhor encaminhamento;
- Discussão de casos.

Para sensibilizar a comunidade

As ações de engajamento público, nossa equipe irá utilizar cartazes e folders com orientações sobre fatores de risco, palestras em espaços comunitários para explicar a importância da adesão da comunidade no programa.

Sensibilizaremos a comunidade através de orientações na sala de espera sobre fatores de risco e a importância da continuidade do programa. A equipe utiliza o mural da UBS, como ferramenta para informar as datas de atendimento do programa e salientar a importância da continuidade do acompanhamento com a equipe. A equipe irá formar um grupo de ajuda mútua, entre os usuários portadores de HAS e DM, orientando em atividades de prevenção e promoção dos fatores de risco, responsabilizando a equipe.

Para monitoramento da ação programática

Ação prevista com revisão semanal, onde a enfermeira e os técnicos de enfermagem analisaram os prontuários dos usuários. Verificando se há bom seguimento e controle, se está seguindo o tratamento orientado. Analisar também os faltosos, para futura busca ativa juntamente com os agentes comunitários de saúde. Realizar uma reunião semanal para discussão dos casos e das atividades e orientação para semana seguinte. Este encontro serve para adequação programática do programa, atenuando as dificuldades e podendo dinamizar as ações.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante o período de abril a agosto do decorrente ano, na UBS Campo do Meio, foi desenvolvido uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção às pessoas com HAS e/ou DM, com idade de vinte anos ou mais, residentes na área de abrangência da unidade.

Dentre as necessidades observadas, foram definidos seis objetivos específicos para a realização do projeto e cada um contou com suas respectivas metas e ações.

Todas as ações desenvolvidas contemplaram os quatro eixos pedagógicos do curso: Monitoramento e avaliação, Organização e gestão do serviço, Engajamento público e Qualificação da prática clínica.

No eixo **Monitoramento e avaliação**, o cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos no Projeto ocorreu durante toda a Intervenção, mediante o preenchimento da planilha de coleta de dados fornecida pelo curso, sendo cadastrado 100% desses usuários.

Em todas as consultas foi realizado o exame clínico completo, de forma individual a cada usuário, especificando no prontuário as alterações e condutas realizadas. Também foram avaliadas as necessidades de realização de exames complementares e de atendimento odontológico.

A estratificação de risco cardiovascular, abrangeu a todos os usuários que passaram por consulta clínica sendo classificados segundo Escore de Risco de Framingham em categorias: baixa, moderada e alta.

A FPB, forneceu uma lista dos medicamentos disponíveis para HAS e DM, os quais foram prescritos tendo sempre em consideração as características individuais

de cada usuário, no final da intervenção 95,6% dos usuários hipertensos e 96,1% diabéticos utilizaram os medicamentos que compõem a FPB/Hiperdia.

A Enfermeira da UBS, foi responsável pelo monitoramento e cumprimento da periodicidade das consultas, de acordo com o protocolo vigente na unidade, realizou o agendamento conforme o número de usuários cadastrados e revisou diariamente o correto preenchimento dos registros na ficha de acompanhamento, ao concluir o projeto 99,2% dos usuários hipertensos e 98,7% dos diabéticos tinham o registro adequado na ficha de acompanhamento.

No eixo **Organização e gestão do serviço**, os profissionais que atuam na UBS, receberam a capacitação para trabalharem no projeto na primeira semana de Intervenção e através de uma reunião de equipe, foram estabelecidas as atribuições de cada profissional no exame clínico, conforme a sua área de atuação; sendo responsável pelo acolhimento, agendamento e triagem a equipe de enfermagem, dando continuidade ao atendimento o Médico. A Secretaria de Saúde, disponibilizou os materiais necessários para as práticas no Projeto de Intervenção.

A princípio ao elaborarmos o Projeto ficou acertado em acordo firmado entre a Secretaria de Saúde e os laboratórios que prestam serviços a mesma, um turno durante a semana, voltado exclusivamente para o atendimento dos usuários cadastrados no programa. Porém com o desenrolar do projeto foi tornando-se difícil o agendamento dos exames, a demora pela falta de cotas nos laboratórios, devido a contratos firmados tanto com o Estado quanto com o Município acarretou na desaceleração do processo; mesmo com esse contratempo conseguimos obter 88,9% dos hipertensos com exames complementares em dia, assim como 87,0% dos diabéticos.

O Odontólogo que integrou-se ao Projeto, juntamente com a Enfermeira, organizaram a agenda de consultas disponibilizando três atendimentos por turno aos usuários cadastrados no Programa, ficando sempre disponível para alguma emergência caso ocorresse.

Foi realizada a busca ativa em 100% dos usuários faltos pelos ACS, que ao retornarem para a UBS explanavam o caso à Enfermeira, a qual prontamente agendava a consulta, ou uma visita domiciliar acompanhada do Médico dependendo da situação.

No decorrer da intervenção os dados que alimentavam o SIAB foram direcionados para o E-SUS. A Enfermeira é a responsável pelo registro e monitoramento de todos os dados fornecidos pela equipe.

Conforme o andamento da intervenção, os usuários classificados como de alto risco, recebiam semanalmente um acompanhamento efetivo, com visitas dos ACS e da Enfermeira, posterior a isso as consultas eram agendadas mensalmente ou conforme a necessidade. Nos casos de descompensação o atendimento era realizado imediatamente e posteriormente agendado consultas periódicas semanais até estabilização do agravo de saúde.

A nutricionista da UBS que atua na intervenção, juntamente com outros profissionais, organizou seu trabalho em dois eixos: práticas coletivas com palestras e discussão de casos e atendimento individual com Plano Alimentares conforme a necessidade e a realidade de cada usuário.

As práticas coletivas para orientação de atividades físicas foram realizadas na academia do SUS e desenvolvidas pelo educador físico, o qual também administrava palestras nas UBS e nas reuniões com a comunidade. Na segunda metade da intervenção, a academia ficou inativa por transferência de local para melhor adequação; mas as atividades não pararam, pois, os usuários dispunham da recém-inaugurada academia ao ar livre e organizaram grupos de caminhada, todas as atividades foram acompanhadas pelo educador físico e a equipe de enfermagem da unidade, que realizava a aferição dos sinais antes e depois de cada atividade.

No eixo **Engajamento Público**, nos utilizamos na maior parte da ferramenta humana para essa questão. Os ACS levavam até os usuários, a informação sobre a existência do Projeto, convidando os à participarem das palestras e reuniões com a comunidade. A sala de espera da UBS, foi utilizada para uma prática que ficou conhecida como roda de conversa, o espaço era direcionado a todos os usuários, independentemente de serem cadastrados no projeto ou não. Por ocasiões diversas, participaram da mesma o educador físico, nutricionista, odontólogo e psicóloga, todos eles abordaram sobre práticas dentro da sua área de atuação.

Durante todo o processo de atendimento do usuário, dentro e fora da UBS foram fornecidos esclarecimentos quanto aos seus direitos e deveres, como por exemplo, o acesso aos seus registros de saúde e segunda via do atendimento, quando necessário.

Tivemos um total de quatro reuniões com a comunidade, onde foram debatidos temas relacionados com o Projeto de Intervenção, assim como foram esclarecidas dúvidas e aceitas as sugestões propostas. Também tornou-se um ambiente propício para as orientações de práticas de exercícios físicos, alimentação saudável, riscos do tabagismo, higiene bucal etc.

Durante a consulta clínica, assim como nos demais atendimentos realizados pelos profissionais que atuam na intervenção, o usuário é devidamente orientado quanto a seu nível de risco e a importância de um acompanhamento regular sem interrupções. Tal prática também é realizada de forma coletiva, ou seja, em palestras aonde os usuários recebem de forma clara e objetiva orientações conforme o seu quadro clínico, podendo assim modificar hábitos que degradam a sua saúde, em práticas saudáveis que trarão benefícios a seu dia a dia.

Com relação a **Qualificação da prática clínica**, ocorreu na primeira semana, para toda a equipe que atuou na intervenção, uma capacitação adequada conforme a sua área de atuação, foram abordados temas relacionados ao correto preenchimento da planilha de coleta de dados, aferição dos sinais vitais segundo o sétimo reporte da OMS , realização de exame clínico, solicitação de exames complementares segundo o protocolo utilizado da UBS, avaliação da necessidade de atendimento odontológico, periodicidade das consultas, realização da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, assim como da importância do registro desta avaliação. Também foram abordados temas como práticas de alimentação saudável, higiene bucal, metodologias de educação em saúde, promoção da prática de atividade física regular e tratamento de usuários tabagistas. Como recursos visuais, foi utilizado notebook para a apresentação dos slides criados exclusivamente para a apresentação desse conteúdo. Como referência foram utilizados os Cadernos de Atenção Básica 36 e 37 (Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica “Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica ”) ano 2013.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas na realização da intervenção foram desenvolvidas.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação à coleta e sistematização de dados. No início da intervenção a equipe envolvida no Projeto apresentou dificuldades quanto ao preenchimento da planilha de coleta de dados, mas logo com ajuda da orientadora esse problema foi erradicado.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Apesar dos problemas que enfrentamos, falta de cota para exames laboratoriais, baixas temperaturas e chuvas muito fortes, não nos deixamos desanimar, isso refletiu de forma positiva na parte mais interessada, o usuário, que recebendo estímulo permanente, orientações, gerou um vínculo com a equipe e o Projeto, seguindo a regra o que lhe foi indicado.

Durante esse período, a equipe da UBS Campo do Meio trabalhou com afinco, seguindo o programado na intervenção e obviamente realizando algumas adequações quando necessário. Os profissionais que atuaram nesse trabalho, irão manter as propostas desenvolvidas após o término da intervenção, pois elas devem fazer parte da rotina da UBS e do dia-a-dia dos usuários.

O cadastro de todos os usuários hipertensos e/ou diabético (Monitoramento e avaliação) no programa constitui uma ação de grande importância para o controle destas doenças, pois garante uma melhor atenção e acompanhamento aos mesmos, devendo ser incorporado no cotidiano do serviço. De igual forma a realização de exame clínico completo e estratificação de risco cardiovascular deve ser mantida em cada consulta, assim como a avaliação da necessidade de exames complementares de acordo com o protocolo ou com a carência de cada usuário. Para tanto, faz-se necessário o comprometimento e a dedicação de toda a equipe, além do treinamento específico necessário, proporcionado através de capacitações e/ou reuniões de equipe (Qualificação da prática clínica), pelo que pode-se inserir a rotina da UBS um cronograma de capacitações que contribua para proporcionar um maior conhecimento acerca dos temas de interesse coletivo e possibilite reforçar o compromisso e as atribuições tanto da equipe, quanto de cada um dos profissionais que atuam na unidade Campo do Meio.

As informações sobre a existência do Projeto (Engajamento Público), levadas pelos ACS à comunidade, devem ser mantidas e as rodas de conversa utilizada na sala de espera da UBS pode-se tornar um espaço propício para orientar a população sobre os diferentes fatores de risco das doenças crônicas, contribuindo desta forma na promoção e prevenção das mesmas. O grupo de usuários com HAS e/ou DM foi criado; no entanto, fica um desafio para nossa equipe captar ainda mais usuários e dar continuidade ao cronograma de encontros previstos (4/4 semanas), programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas em cada encontro.

A Secretaria de Saúde (Organização e gestão do serviço), deverá continuar prestando o suporte necessário, para continuidade na realização do trabalho. Foi solicitado à mesma, a contratação de mais um ACS para melhor cobertura da área de abrangência, garantindo assim uma atenção integral, principalmente aos usuários faltosos. A parte burocrática continuará a manter-se a cargo da Enfermeira, atualizando mensalmente os dados do E-SUS e revisando a agenda de consultas periodicamente.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A UBS Campo do Meio, durante os meses de abril a agosto de 2015, desenvolveu o Projeto de Intervenção a Doenças Crônicas Adquiridas (HAS e DM), com a equipe composta por um Médico clínico geral, uma Enfermeira, três Técnicas de Enfermagens, duas ACS, uma Nutricionista, um Odontólogo e um Auxiliar de Serviços Gerais. A equipe manteve-se com os mesmos integrantes até o fim, com duas baixas por doenças durante um breve período, mas retornando logo que obtiveram melhora.

A Intervenção tratou da melhoria da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em usuários com vinte anos e mais, na UBS Campo do Meio, São Francisco de Paula, RS. Na área de abrangência da UBS residem 1703 pessoas, dentre elas 271 são portadoras de HAS e/ou DM. Quanto ao tipo de Patologia, foram identificados 252 usuários portadores de HAS, 77 de DM e 57 portadores de ambas as doenças.

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

Meta 1.1: Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Meta 1.2: Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Ampliar a cobertura de hipertensos e/ou diabéticos, foi nosso primeiro objetivo específico na prática de Intervenção. A meta proposta inicialmente era a de cadastrar 85% dos usuários hipertensos e 70% dos diabéticos da área de abrangência, no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

No primeiro mês da Intervenção, obtivemos um total de 211 (83,7%) de usuários hipertensos e 67 (87,0%) usuários diabéticos cadastrados no Programa. No segundo mês passamos para 244 (96,8%) hipertensos e 76 (98,7%) de diabéticos cadastrados. Na última metade da intervenção alcançamos cadastrar 252 hipertensos e 77 diabéticos, totalizando assim 100% de cobertura aos mesmos (Figura 1 e 2).

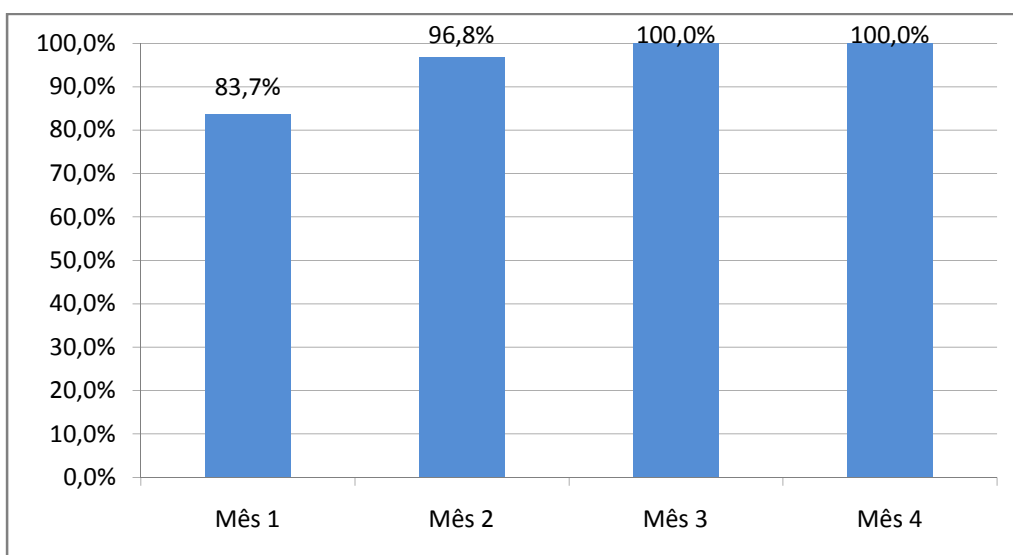


Figura 1 Gráfico Proporção de adultos hipertensos moradores no território e cadastrados no programa. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

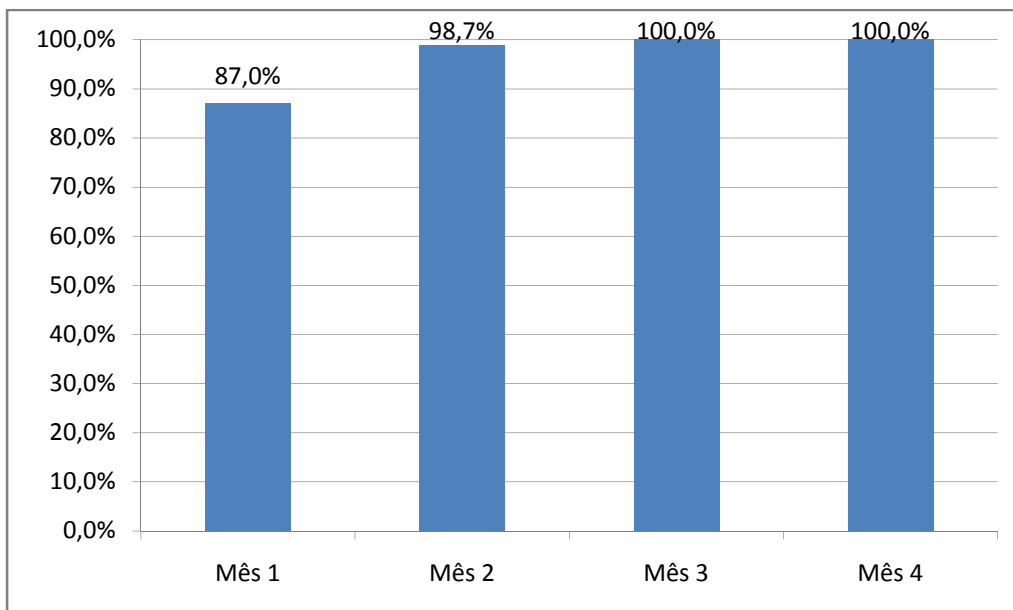


Figura 2 Gráfico Proporção de adultos diabéticos moradores no território e cadastrados no programa. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

Como observamos nos gráficos anteriores, as metas de cobertura propostas inicialmente, foram ultrapassadas. Isso só foi possível, devido ao bom trabalho desempenhado pela equipe, principalmente pela atuação dos ACS tanto pelo cadastramento, como pela divulgação da intervenção junto à comunidade.

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

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

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

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

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

O objetivo seguinte foi o de melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos, o propósito inicial foi de realizar exame clínico apropriado e avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados, assim como, garantir a 100% desses usuários a realização de exames complementares em dia, de acordo com o protocolo e priorizar a prescrição de medicamentos da Farmácia Popular para 100% dos cadastrados na unidade de saúde.

Avaliando os indicadores para essas metas, conforme citado anteriormente no texto, a realização de exame clínico no primeiro mês, atingiu a proporção de 184 usuários hipertensos (87,2%) e 59 diabéticos (88,1%), no mês seguinte foram 228 hipertensos (93,4%) e 68 usuários diabéticos (89,5%). Já nos dois últimos meses do Projeto da Intervenção, obtivemos o resultado de 250 hipertensos, totalizando 99,2% e 76 diabéticos, atingindo o total de 98,7% (Figuras 3 e 4).

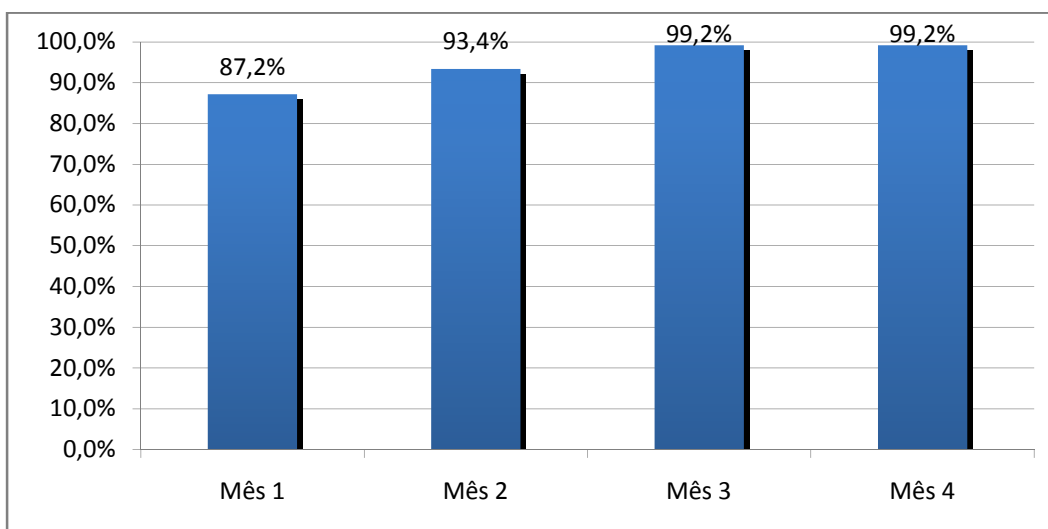


Figura 3 Gráfico Proporção de adultos hipertensos moradores no território e com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

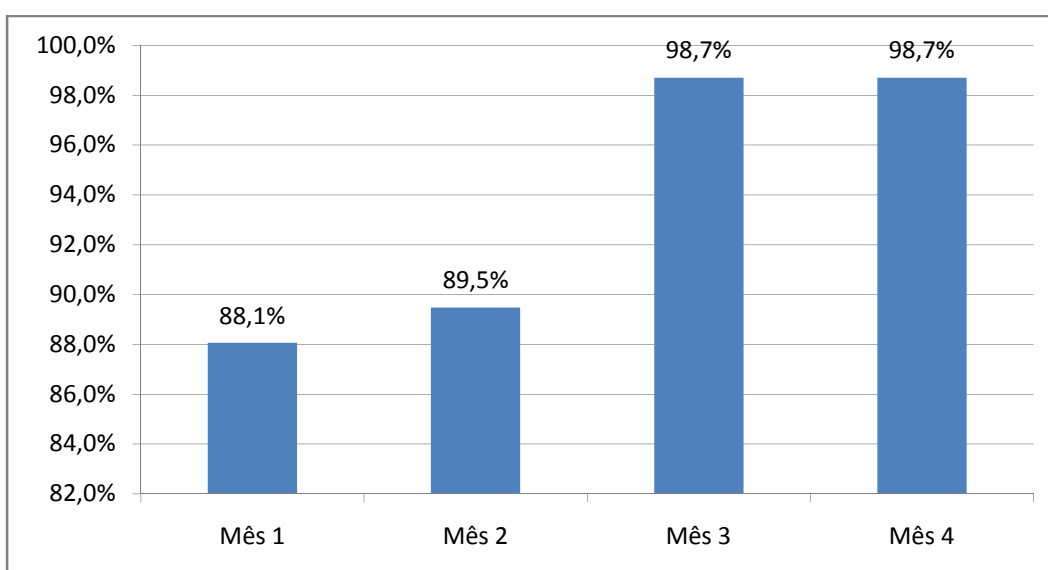


Figura 4 Gráfico Proporção de adultos diabéticos moradores no território e com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

A meta não foi atingida, devido ao não comparecimento dos usuários mediante consulta agendada, por motivos de deslocamento para outra cidade, ou ainda, involuntários a sua vontade.

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

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com os 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

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

Dentro da avaliação clínica, se faz necessário a prática do exame complementar, nesse sentido obtivemos os seguintes resultados; no primeiro mês 36 usuários hipertensos (17,1%) realizaram seus exames, no mês seguinte 67 hipertensos (27,5%). Na segunda metade da Intervenção, houve uma evolução significativa, no terceiro mês 201 usuários com HAS (79,8%) e por último 224 hipertensos, totalizando 88,9% como demonstra a figura 5.

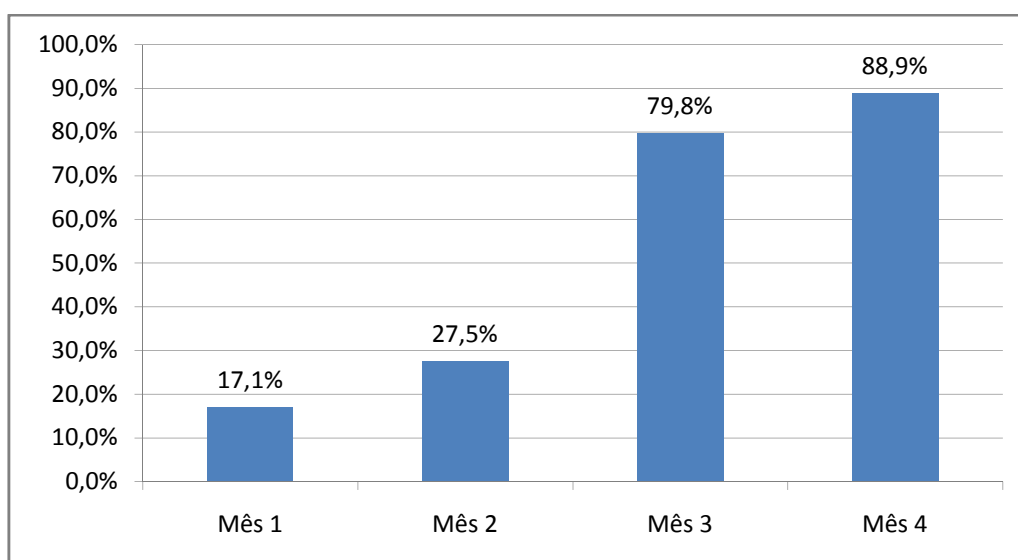


Figura 5 Gráfico Proporção de adultos hipertensos moradores no território e com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

Já o percentual dos usuários diabéticos, aos quais foram solicitados exames complementares segundo o protocolo, foi o de 14 diabéticos (20,9%) no primeiro

mês, no seguinte foram 21 usuários (27,6%). Na segunda metade do Projeto, também houve um crescimento no numerador para os diabéticos, 61 (79,2%) no terceiro mês, e no término da Intervenção foi obtido o percentual de 67 usuários diabéticos (87,0%), como nos mostra a figura 6.

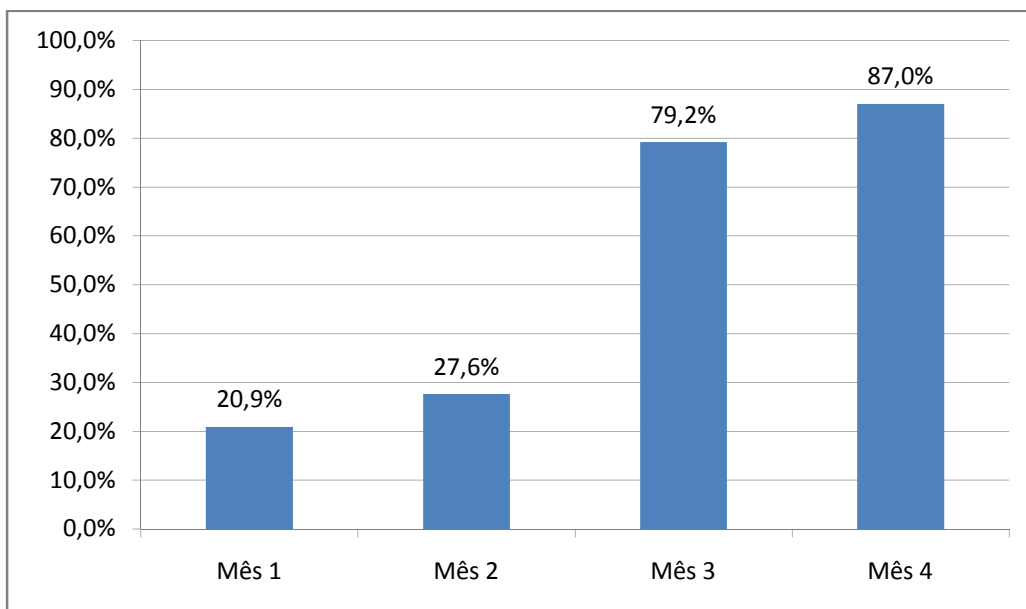


Figura 6 Gráfico Proporção de adultos diabéticos moradores no território e com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

Esta meta foi inferior ao estimado, devido a contratempos junto aos laboratórios. A falta de cota para realização dos exames, no prazo planejado, tornou-se o principal obstáculo para que fosse atingida a meta esperada. Como esse era um problema compatível a Gestão Municipal, cabia somente a nos, solicitar a regularização dos mesmos.

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

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

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

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

Tanto para os usuários hipertensos, como para os diabéticos, foi priorizado os medicamentos que constituem a FPB. No princípio do Projeto, houve a resistência por parte de alguns usuários sobre a troca de medicação, pois anteriormente consultavam com médico particular, que obviamente não prescrevia tais medicações. No decorrer da Intervenção os indicadores progrediram conforme mostram as figuras 6 e 7.

Dos usuários hipertensos 188 (89,1%), utilizaram no primeiro mês os medicamentos que compõem a FPB, no mesmo período 61 (91,0%) de diabéticos fizeram uso dos mesmos.

Já no mês seguinte os indicadores elevaram-se para 230 (91,3%) hipertensos e 71 (93,4%) usuários diabéticos. Na segunda metade do Projeto a elevação dos percentuais foi um pouco reduzida, 236 (93,7%) de hipertensos e 74 (96,1%) de diabéticos. Ao finalizar o Projeto 241 (95,6%) de hipertensos e 75 (97,4%) de usuários diabéticos, utilizavam os medicamentos prescritos que constituem a lista de fármacos disponibilizados pela FPB.

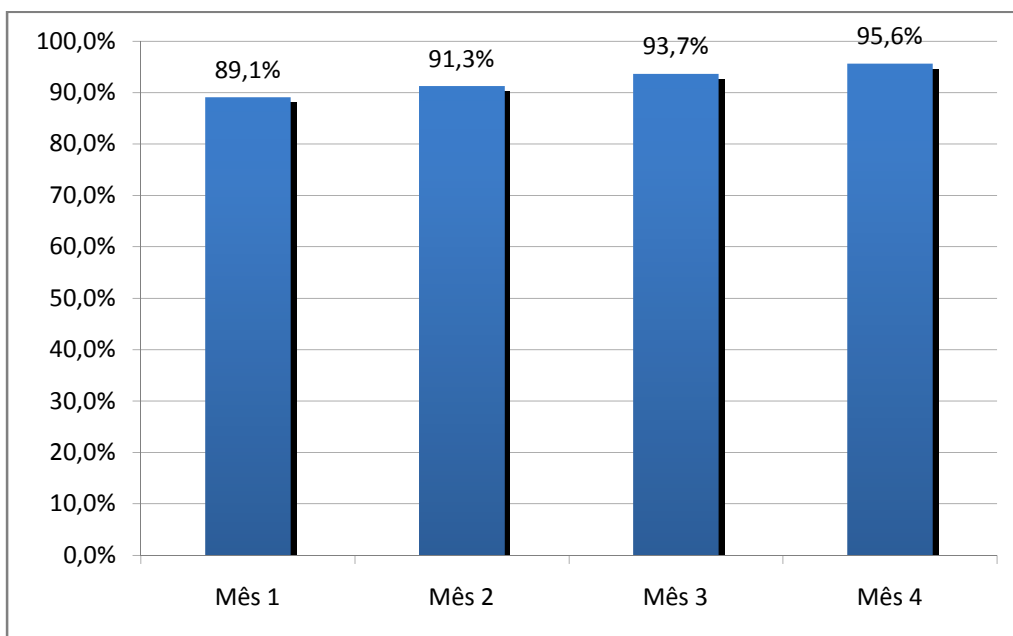


Figura 7 Gráfico Proporção de adultos hipertensos moradores no território e com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

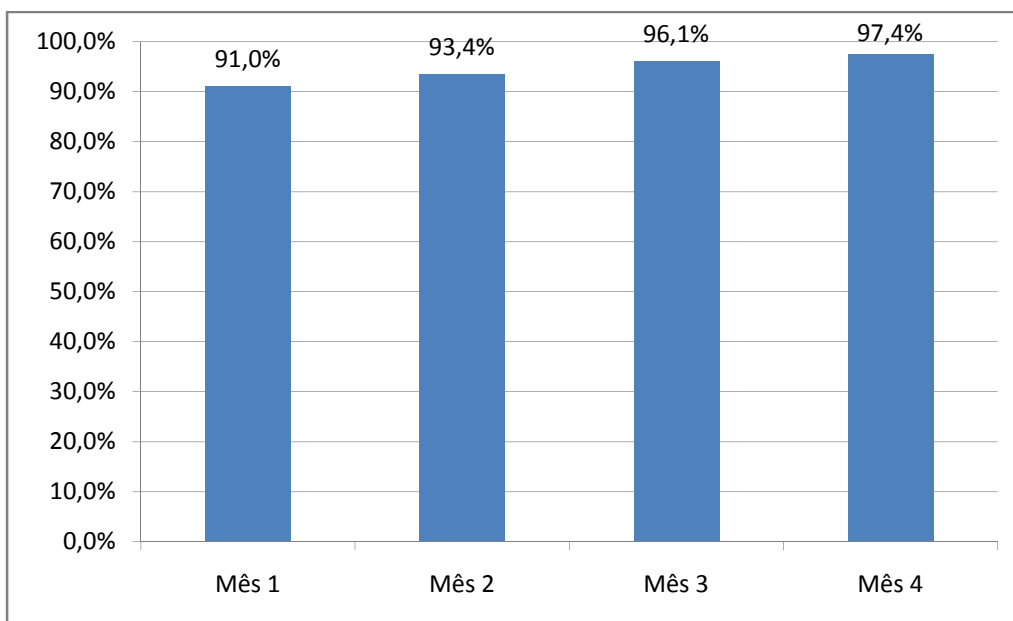


Figura 8 Gráfico Proporção de adultos diabéticos moradores no território e com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

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

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

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

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

A evolução da avaliação odontológica, como demonstra nas figuras 9 e 10 transcorreu de forma igual a realização de exame clínico, tanto para hipertensos como para diabéticos, assim como os motivos pelos quais a meta não foi alcançada.

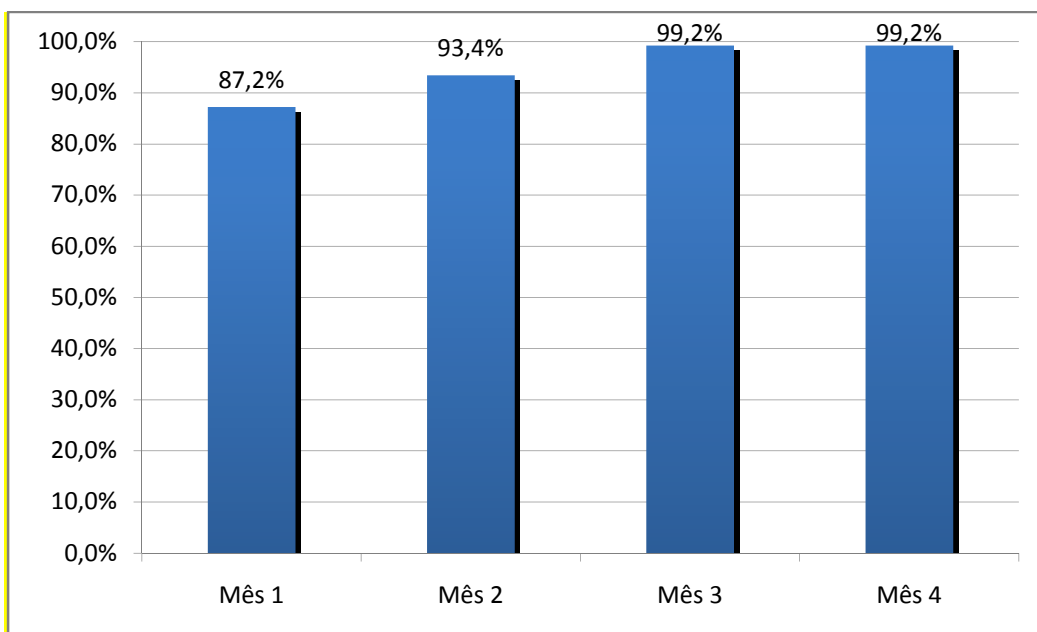


Figura 9 Gráfico Proporção de adultos hipertensos moradores no território e com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

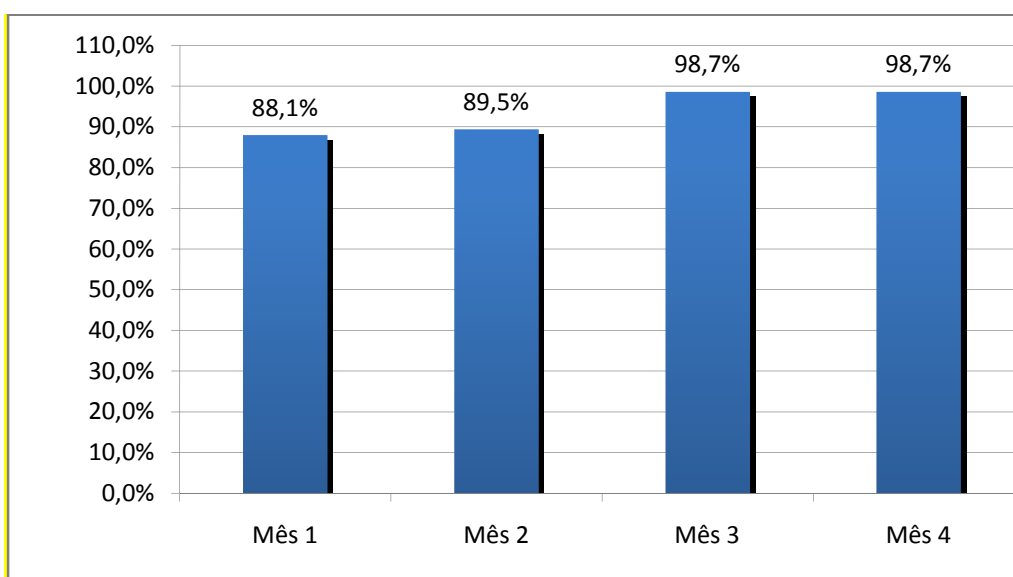


Figura 10 Gráfico Proporção de adultos diabéticos moradores no território e com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

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

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

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

Nosso terceiro objetivo foi de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa, tínhamos como meta a busca ativa de 100% dos usuários faltosos. Sendo assim, tanto os usuários hipertensos como os diabéticos receberam busca ativa nos 4 meses de intervenção, graças ao trabalho dos ACS e da equipe.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

O quarto objetivo do Projeto de Intervenção, foi o de melhorar o registro de informações dos usuários cadastrados no Programa, para isso mantínhamos uma rotina de preenchimento da ficha de acompanhamento (planilha de coleta de dados, ficha espelho e prontuário clínico). A evolução desse indicador foi de 185 (87,7%) de hipertensos e 59 (88,1%) diabéticos no primeiro mês, no seguinte mês 228 (93,4%) usuários hipertensos, seguido de 67 (88,2%) diabéticos. Na segunda metade do Projeto os indicadores mantiveram-se iguais até o término do mesmo, 250 (99,2%) hipertensos e 76 (98,7%) de usuários diabéticos, como indicam as figuras 11 e 12.

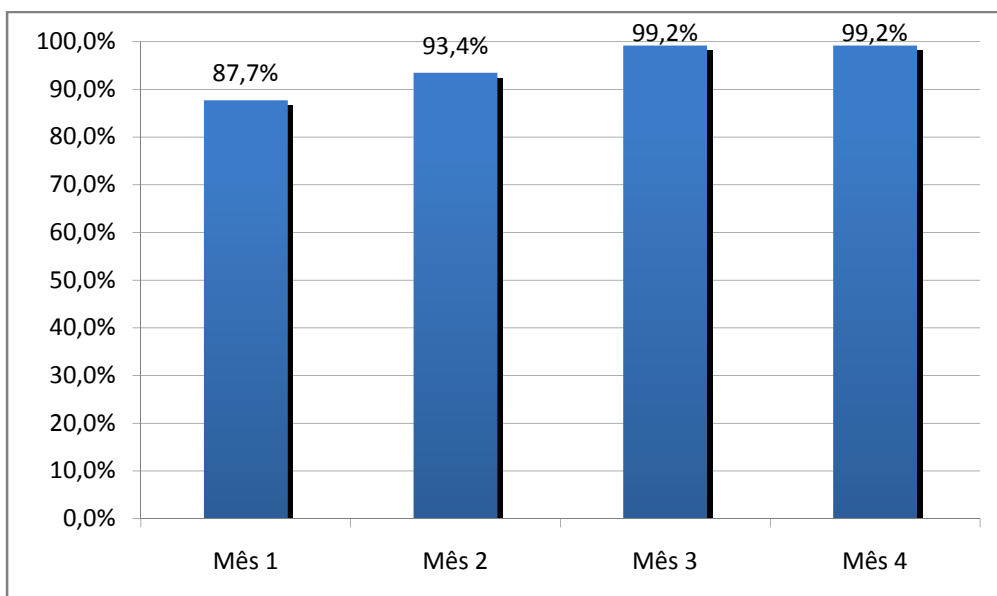


Figura 11 Gráfico Proporção de adultos hipertensos moradores no território e com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

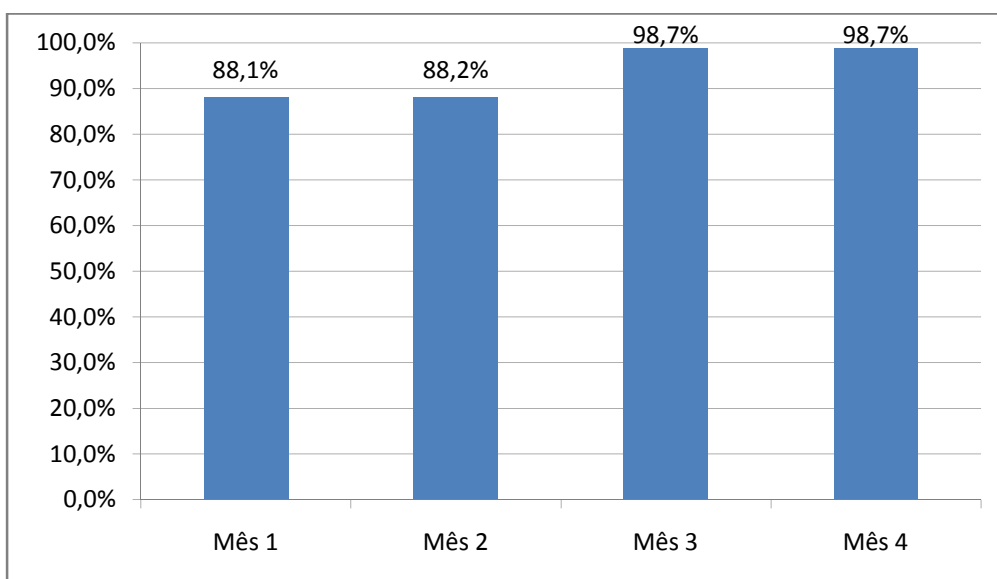


Figura 12 Gráfico Proporção de adultos diabéticos moradores no território e com registro adequado na ficha de acompanhamento. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

Objetivo 5: Mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular

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

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

O quinto objetivo da Intervenção, era o de mapear usuários com HAS e/ou DM de risco para doença cardiovascular; a meta inicial seria a de realizar estratificação desse risco em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde. A estratificação de risco cardiovascular, abrangeu a todos os usuários que passaram por consulta clínica sendo classificados segundo Escore de Risco de Framingham em categorias: baixa, moderada e alta. No primeiro mês 185 (87,7%) dos usuários hipertensos foram avaliados, nesse mesmo período 59 (88,1%) de diabéticos também passaram por avaliação. No segundo mês 228 (93,4%) de hipertensos e 68 (89,5%) de diabéticos. No terceiro e quarto meses, os índices mantiveram-se inalterados, 250 (99,2%) de usuários hipertensos e 76 (98,7%) de usuários diabéticos foram avaliados conforme mostram as figuras 13 e 14.

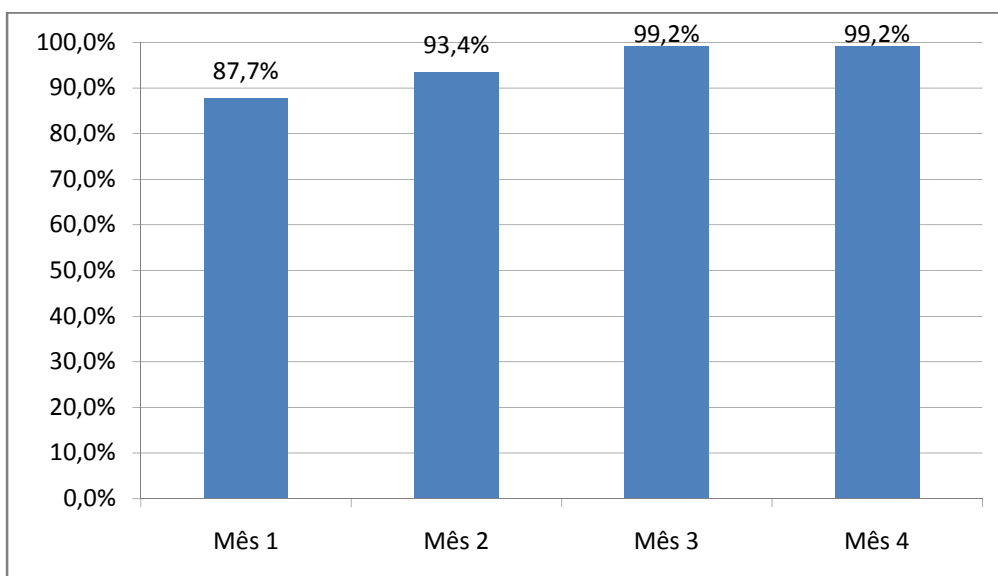


Figura 13 Gráfico Proporção de adultos hipertensos moradores no território e com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

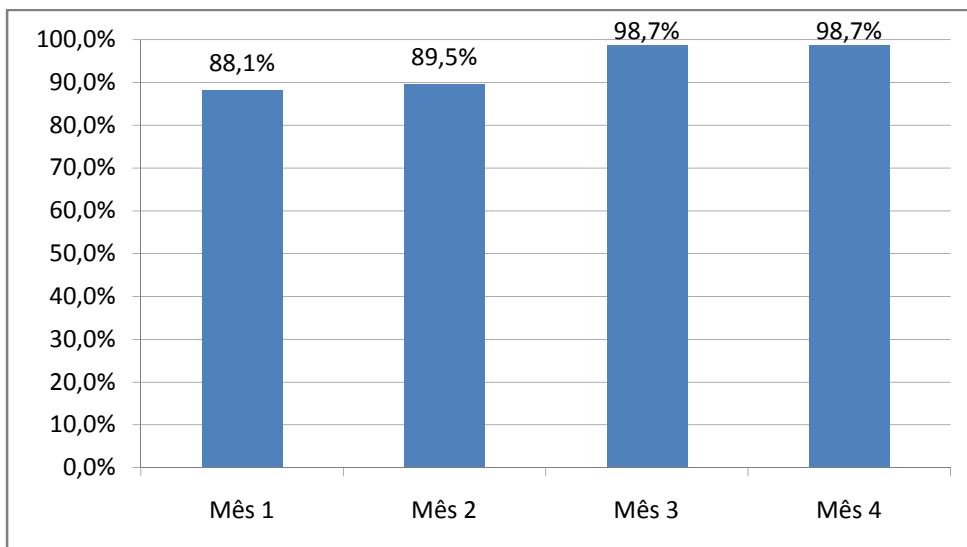


Figura 14. Gráfico Proporção de adultos diabéticos moradores no território e com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

Objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com HAS e/ou DM

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Nosso sexto objetivo foi de promover a saúde de usuários com HAS e/ou DM. Em conjunto com os demais profissionais que atuaram no Projeto, foram propostas metas como, garantir a 100% desses usuários, orientações quanto a alimentação saudável, prática de atividades físicas, higiene bucal e riscos do tabagismo.

No decorrer da Intervenção esses indicadores tiveram a mesma evolução, conforme o indicado nas figuras 15,16, 17 e 18. Receberam essas orientações no primeiro mês 185 (87,7%) hipertensos e 59 (88,1%) usuários diabéticos. No segundo mês foram 228 (93,4%) hipertensos e 68 (89,5%) diabéticos. No terceiro e quarto meses, os numeradores atingiram a marca de 250 (99,2%) usuários hipertensos e 76 (98,7%) diabéticos.

Apesar dessas metas não terem sido cumpridas na sua totalidade, as práticas coletivas organizadas pela UBS, foram as ações que melhor contribuíram para alcançar o resultado obtido. Tais práticas irão ser inclusas na rotina da unidade, não as utilizando apenas para os usuários portadores de alguma doença crônica, mas abrangendo a toda área adstrita, contribuindo dessa forma com o principal objetivo da Atenção Primária em Saúde, que é o de promover o não adoecimento da população.

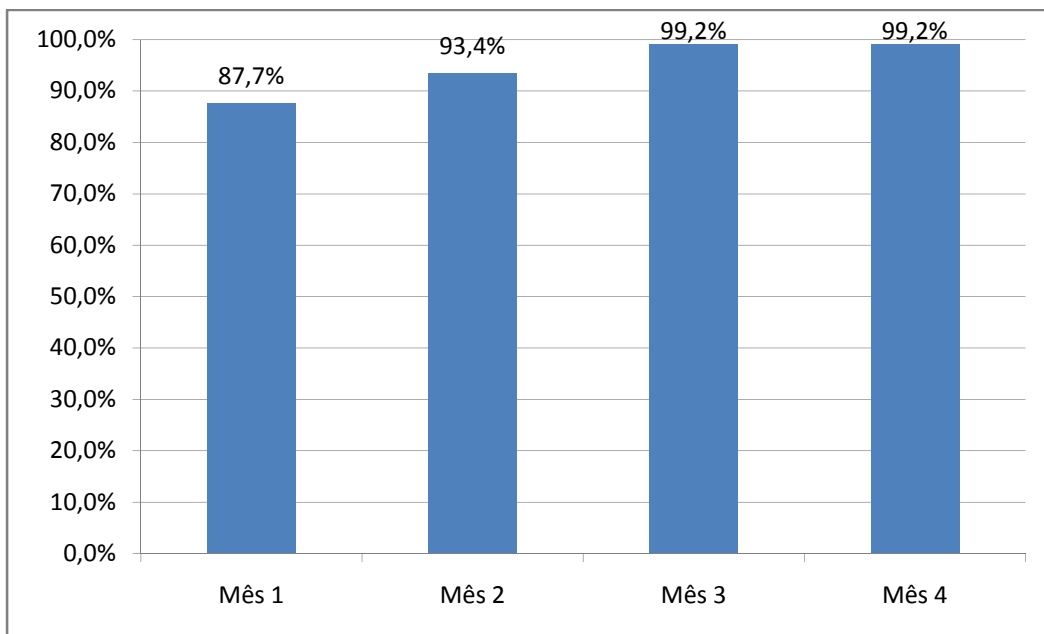


Figura 15 Gráfico indicativo da Proporção de adultos hipertensos moradores no território e com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

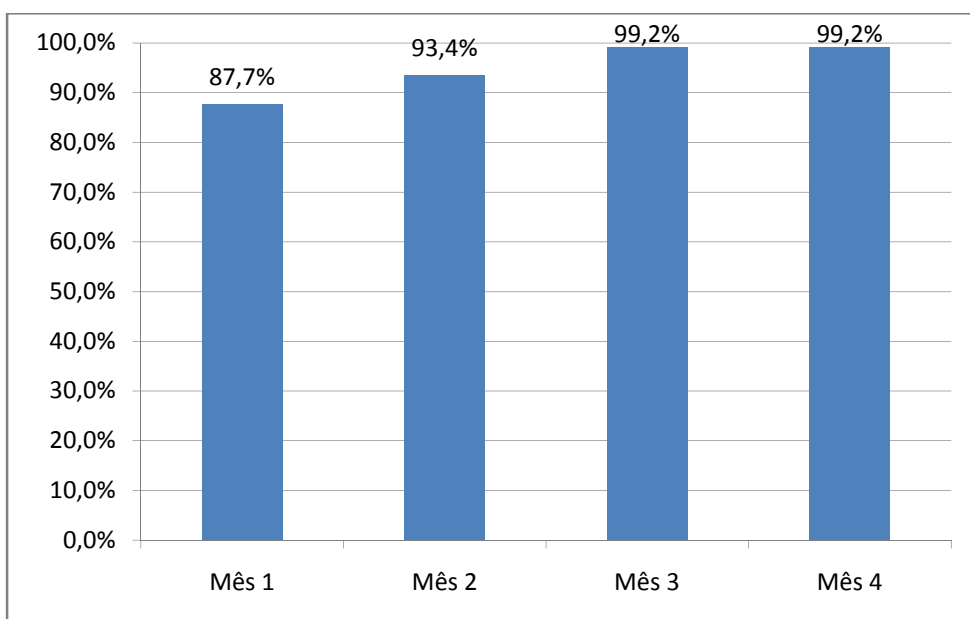


Figura 16 Gráfico indicativo da Proporção de adultos diabéticos moradores no território e com orientação nutricional sobre alimentação saudável. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

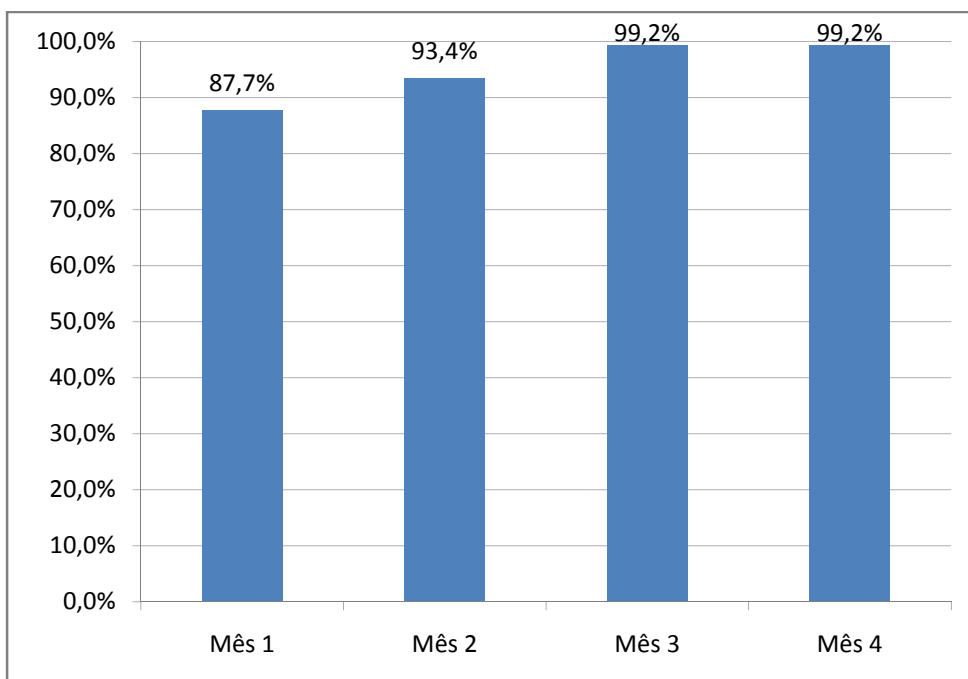


Figura 17 Gráfico Proporção de adultos hipertensos moradores no território e com orientação sobre a prática de atividade física regular. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

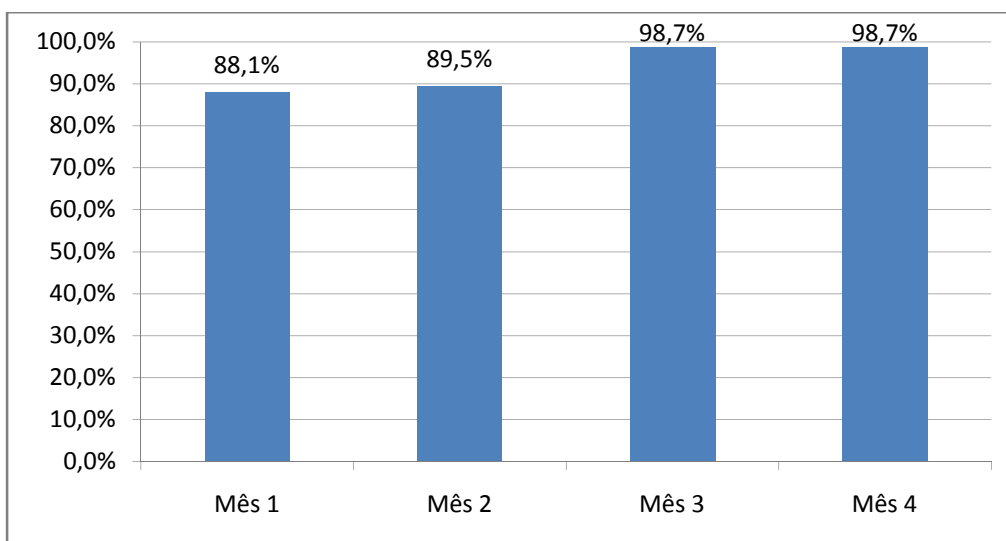


Figura 18 Gráfico Proporção de adultos diabéticos moradores no território e com orientação sobre a prática de atividade física regular. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

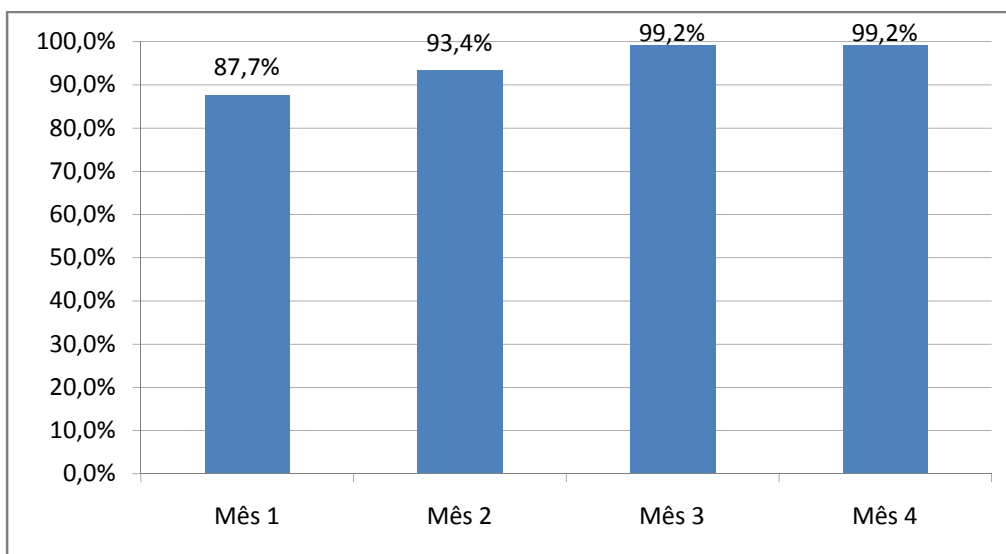


Figura 19 Gráfico indicativo da Proporção de adultos hipertensos moradores no território e com orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

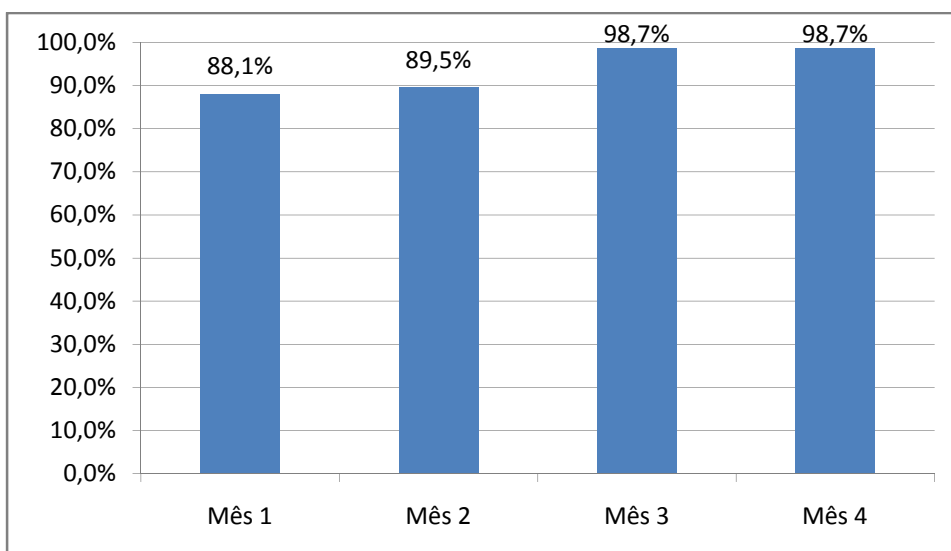


Figura 20 Gráfico indicativo da Proporção de adultos diabéticos moradores no território e com orientação sobre os riscos do tabagismo. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

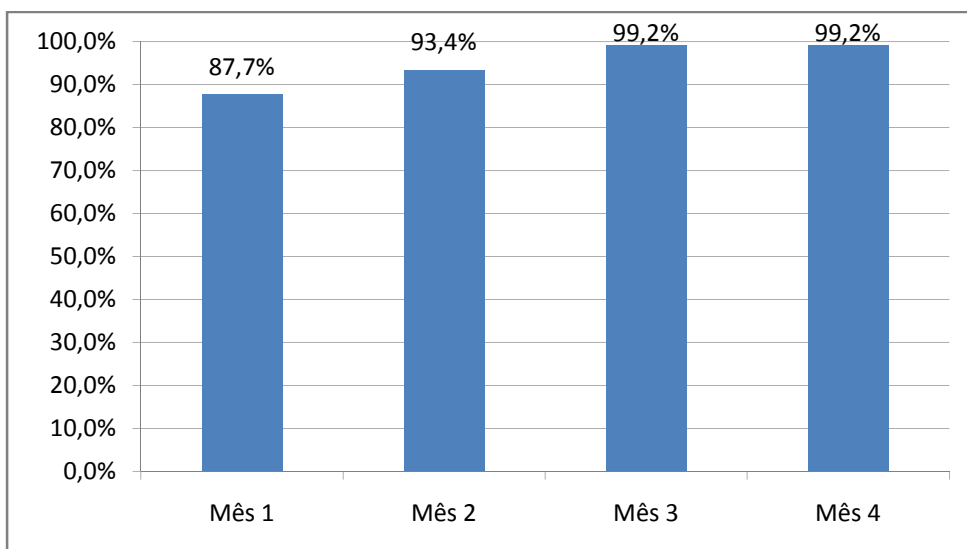


Figura 21. Gráfico Proporção de adultos hipertensos moradores no território e com orientação sobre higiene bucal. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados Final/2015.

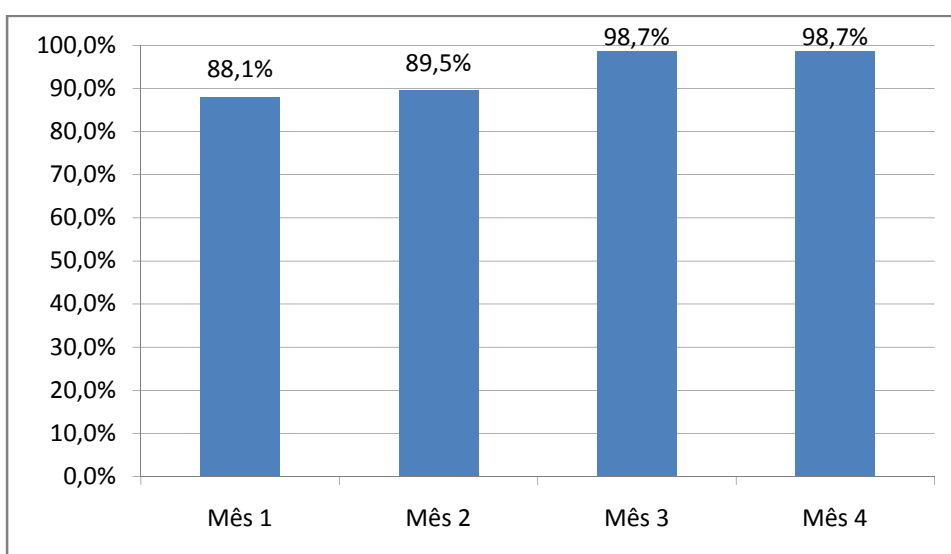


Figura 22 Gráfico Proporção de adultos diabéticos moradores no território e com orientação sobre higiene bucal. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

4.2 Discussão

Antes de pôr em prática o Projeto de Intervenção a Doenças Crônicas Adquiridas (HAS e DM), na UBS Campo do Meio o atendimento aos usuários portadores desses agravos era simplificado a consulta médica e de enfermagem,

tanto na unidade ou nos domicílios, assim como o acompanhamento dos mesmos pelo registro do Programa (HIPERDIA) e SIAB.

A intervenção gerou uma ampliação nos serviços prestados a usuários com HAS e/ou DM. Através do mapeamento da área de abrangência, foi possível aperfeiçoar e ampliar o monitoramento a esses usuários, promovendo saúde, melhorando a qualidade de atenção na forma de reeducação dos hábitos vistos como nocivos e aprimorando as práticas de orientação, o que gerou uma adesão significativa de usuários ao programa.

Destacamos dentre as práticas, a classificação de risco cardiovascular em ambos grupos, foi observado que a mesma nunca havia sido utilizada, afirmamos isso baseados na falta de registros nos prontuários clínicos, que até então eram a única forma de fazê-los. Esse proceder clínico foi de extrema importância, pois os usuários classificados como de alto risco, a partir desse momento começaram a receber um acompanhamento efetivo, com visitas dos ACS e da Enfermeira, posterior a isso as consultas eram agendadas mensalmente ou conforme a necessidade.

Muitos usuários não tinham no seu prontuário médico, o registro dos medicamentos que utilizavam e/ou dos exames laboratoriais solicitados, necessitando assim regularizar a situação de acordo com o protocolo vigente na UBS. A ficha espelho fornecida pelo curso, foi fundamental nessa questão, possibilitando um controle adequado a essas práticas.

Parte desses usuários não estavam cadastrados no programa HIPERDIA, portanto não utilizavam de forma gratuita os medicamentos fornecidos pela FPB, a situação foi revertida a partir da adesão dos usuários ao programa.

Dentro das ações que constituíam o Projeto, foram criados grupos de práticas coletivas ao aprimoramento da saúde, anteriormente tais grupo não existiam, as orientações eram passadas de forma individual e insuficiente. Apesar do número de usuários que participavam, não ser o que gostaríamos devido a várias circunstâncias, a implantação dessa ideia nos traz expectativas para que logo torne-se rotina incorporada na UBS. Ficando o desafio para a equipe, de mantê-lo ao menos com a frequência mínima de uma vez por mês.

O trabalho da equipe foi o elemento-chave para a busca permanente de comunicação e trocas de experiências e conhecimentos entre seus integrantes. O Projeto trouxe maior estímulo e agregou conhecimentos a todos.

Anterior ao início do Programa, durante a sua elaboração com a equipe que iria atuar já pré-estabelecida, os integrantes receberam capacitação conforme a sua área de atuação, afim de colocarem-se a par do que solicita o Ministério da Saúde e orienta o protocolo vigente na UBS.

Aos ACS, ficou a atribuição do mapeamento na área de abrangência e cadastramento dos usuários, assim como orientar para as atividades em grupo durante as visitas nos domicílios e na comunidade em geral. As práticas coletivas, ficaram a cargo da equipe de enfermagem, assim como o acolhimento, triagem e monitoramento da agenda, viabilizando o melhor acesso as consultas, otimizando os serviços prestados aos usuários conforme a demanda espontânea.

Esse conhecimento adquirido, serviu para a melhor distribuição de tarefas na UBS, cada servidor ou colaborador, sabia com antecedência o papel que iria desempenhar e como fazê-lo, não sobrecarregando os demais como anteriormente acontecia, da solução do problema centralizar-se somente no Médico.

A avaliação da necessidade de atendimento odontológico e as orientações fornecidas, foram de vital importância aos usuários, agilizando o agendamento a consulta com o Odontólogo, evitando assim complicações futuras. Essa forma de proceder foi inovadora na UBS e muito bem aceita pelos usuários portadores desses agravos.

A intervenção, foi bem recebida junto a comunidade, os usuários cadastrados participaram em número expressivo das reuniões e palestras. O diferencial era que pessoas não portadoras de nenhum desses agravos, mostravam-se interessadas pelo tema, incorporando praticas saudáveis no seu dia a dia a fim de evitar o adoecimento e ter uma melhor qualidade de vida.

Se tivéssemos que iniciar a intervenção nesse momento, solicitaria junto ao gestor da pasta, uma adequação favorável dos serviços prestados e que integram o mesmo de forma fundamental, cito aqui o caso dos exames laboratoriais, os quais eram solicitados e tinham demora excessiva no agendamento, atrasando o diagnóstico e conseqüentemente o tratamento adequado dos usuários. Também seria providencial a ampliação da equipe, para melhor cobertura da área de abrangência e um atendimento de qualidade na UBS.

Apesar das dificuldades encontradas e das que possivelmente virão, a Intervenção será vinculada a rotina de serviços da UBS, conforme proposto pelos próprios membros da equipe e usuários que participaram dela.

Sabemos que a Secretaria de Saúde está em processo para a admissão de novos funcionários e a implantação de projetos os quais trarão benefícios a comunidade. Tendo este projeto como exemplo, gostaríamos de implantar na UBS o programa de Saúde do Idoso e Saúde Bucal dos Escolares.

Passados os quatros meses do Projeto de Intervenção, constatamos que os objetivos e metas propostas, apesar de não terem sido cumpridos integralmente, trouxeram melhoras significativas nos serviços prestados dentro e fora da UBS Campo de Meio a usuários com HAS e/ou DM.

Esperamos que os usuários, a comunidade e a equipe de forma ampla, apropriem-se dessa proposta e contribuam para sua continuidade e aperfeiçoamento.

5 Relatório da intervenção para gestores

Ao Excelentíssimo Senhor Gestor de Saúde do Município de São Francisco de Paula.

Venho por meio desse, explanar a Vossa Senhoria, os resultados obtidos com o desenvolvimento do Projeto de Intervenção a portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, na UBS Campo do Meio. Tal Projeto foi proposto pelo Curso de Especialização em Saúde da Família e desenvolvido pela Universidade Federal de Pelotas, através do Departamento de Medicina Social, na modalidade a distância.

O objetivo proposto foi o de melhorar a atenção disponibilizada aos usuários portadores de DM e HAS, com vinte anos ou mais na área de abrangência da unidade de saúde adstrita.

A Intervenção desenvolveu-se durante os meses de abril a agosto do ano 2015 e apesar dos imprevistos e dificuldades encontradas, os resultados obtidos foram satisfatórios. A adesão tanto dos funcionários da UBS, quanto dos usuários, mostrou a necessidade de uma atenção de qualidade e valorização nos serviços prestados a população alvo do Projeto.

A capacitação recebida pela equipe, propiciou aos profissionais envolvidos no projeto a atuarem conforme preconiza o Ministério da Saúde e orienta o protocolo vigente na UBS. Contamos com o total apoio da Secretaria de Saúde, Conselho Municipal de Saúde, lideranças comunitárias e demais órgãos e entidades ligados a área da saúde e assistência social.

Para todos os usuários que passaram por avaliação clínica e odontológica, foram prescritos medicamentos da Farmácia Popular do Brasil, no princípio houve uma pequena resistência do uso dos mesmos, pois habitualmente eram utilizados medicamentos prescritos por especialistas particulares e que obviamente não constituíam a FPB. Ao término do Projeto 241 (95,6%) de hipertensos e 75 (97,4%) de usuários diabéticos, utilizavam os fármacos disponibilizados pela mesma.

Durante os quatro meses da Intervenção foram cadastrados e monitorados 252 hipertensos e 77 diabéticos, totalizando até o momento 100% dos usuários com algum desses agravos, como mostram as figuras 1 e 2.

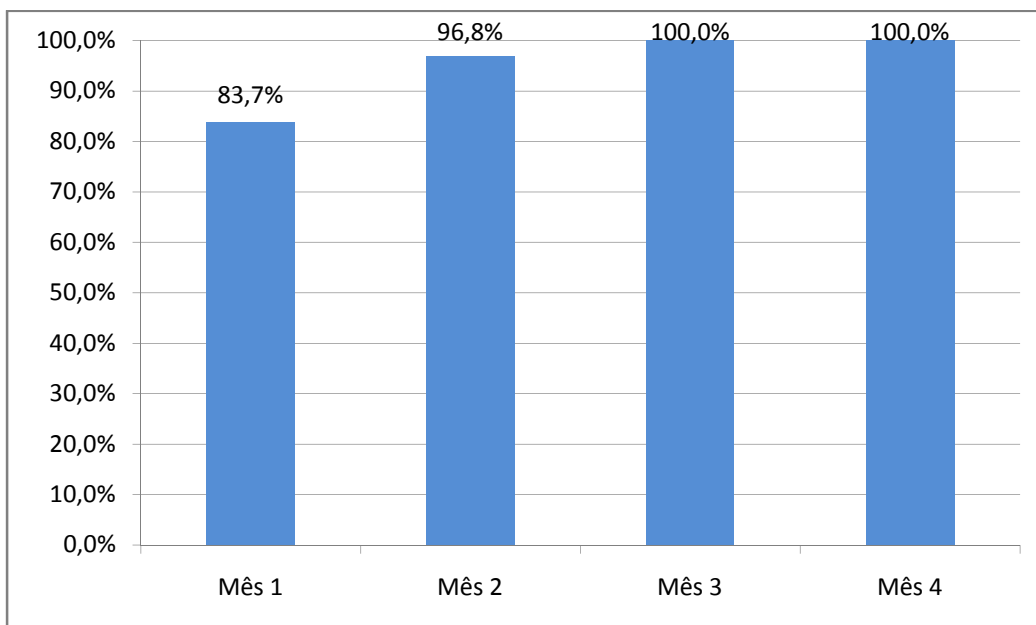


Figura 1 Gráfico Proporção de adultos hipertensos moradores no território e cadastrados no programa. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

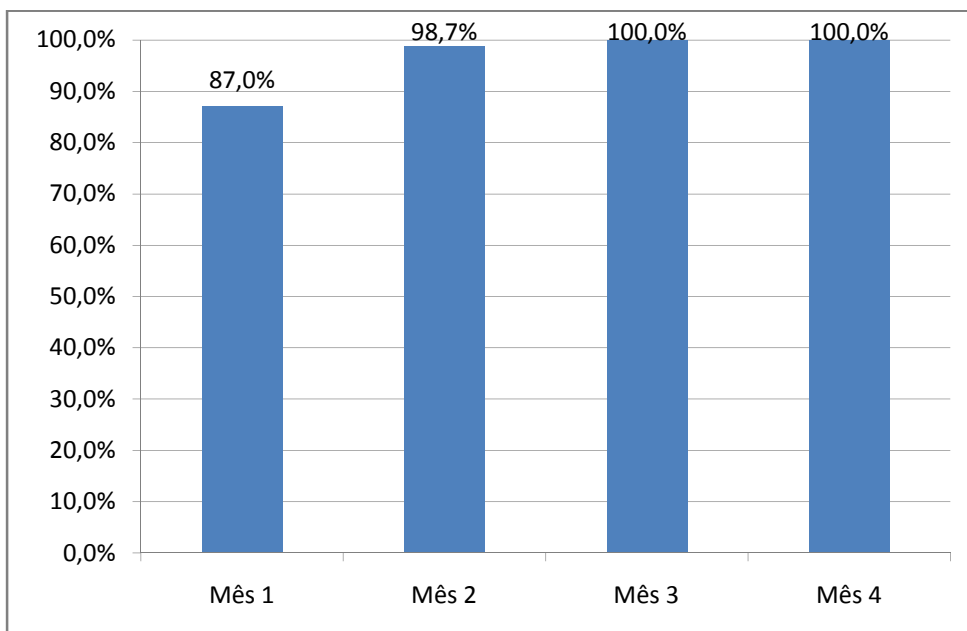


Figura 2 Gráfico Proporção de adultos diabéticos moradores no território e cadastrados no programa. UBS Campo do Meio. São Francisco de Paula, RS, 2015.

Garantiu-se também o correto preenchimento dos registros de acompanhamento, potencializando assim não só o monitoramento, mas as práticas a serem seguidas para a gradativa melhora do estado de saúde de cada usuário. Podemos destacar o trabalho realizado pelas ACS para o êxito do Projeto no cadastramento e na busca ativa de 100% dos usuários para suas consultas.

Os resultados obtidos trouxeram para equipe, a certeza de que os serviços prestados durante o projeto devem ser incorporados na rotina da UBS. A satisfação de quem trabalhou, ou daqueles que de uma forma ou outra foram beneficiados pelo mesmo, nos motivou a solicitar a Vossa Senhoria a permanência desses serviços na UBS Campo do Meio, pois o apoio que a Secretaria de Saúde nos disponibilizará será de vital importância para a continuidade no serviço de atenção a população. Muito obrigado.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Durante os meses de abril a agosto do decorrente ano, na Unidade Básica de Saúde Campo do Meio, eu e toda a equipe realizamos o trabalho de Intervenção a portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial, Projeto esse que foi desenvolvido com o propósito de melhorar a atenção à saúde de portadores com algum desses agravos, com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS.

A escolha desse tema se deu, devido ao aumento na incidência dessas Doenças Crônicas não Transmissíveis, na área de cobertura da unidade e no Município em geral, assim como a falta de profissionais capacitados para atuarem com esses agravos de saúde.

Para a realização do Projeto foi necessária a elaboração de um cronograma, o mesmo salienta a necessidade de capacitar a equipe e administrar junto a comunidade, uma série de atividades a serem seguidas, houve a implantação do Protocolo a ser seguido na UBS conforme orienta o Ministério da Saúde.

Durante os quatro meses da Intervenção foram cadastrados e monitorados 252 hipertensos e 77 diabéticos, totalizando até o momento 100% dos usuários com algum desses agravos.

A todos os usuários que vieram até a UBS foi realizada avaliação clínica e odontológica, assim como orientações quanto a importância de práticas de exercícios físicos, alimentação saudável, higiene bucal, além de salientar os riscos do tabagismo,

Podemos destacar o trabalho realizado pelas ACS para o êxito do Projeto no cadastramento e na busca ativa de 100% dos usuários para suas consultas.

Para todos os usuários que passaram por avaliação clínica e odontológica, foram prescritos medicamentos da Farmácia Popular do Brasil, no princípio houve uma pequena resistência do uso dos mesmos, pois habitualmente eram utilizados medicamentos prescritos por especialistas particulares e que obviamente não

constituíam a FPB. Ao término do Projeto 241 (95,6%) de hipertensos e 75 (97,4%) de usuários diabéticos, utilizavam os fármacos disponibilizados pela mesma.

Nesse relatório, não gostaria de destacar somente os dados, mas sim a minha gratidão e a de toda a equipe para com a comunidade, a qual recebeu o Projeto com satisfação e apostou nele tanto quanto nos. Peço desculpas por algum transtorno ou inconveniente causado, salientando que a UBS Campo do Meio e os seus servidores, estão a disposição da comunidade para suprir suas necessidades em saúde.

Obrigado a toda a comunidade.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Foi um diferencial na minha trajetória profissional, a experiência de estar em um país com costumes e língua diferente, realizando o Curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família. Significou para mim a possibilidade em adquirir novos conhecimentos acerca da Estratégia Saúde da Família (ESF) e também a oportunidade de mudança no meu processo de trabalho e de todos os membros da equipe da UBS Campo do Meio.

No princípio do curso presumi que seria fácil, pois em Cuba tratamos desses agravos de forma cotidiana, pelo fato de ser saúde pública trabalhamos a prevenção ao não adoecimento e promoção em saúde. Porém no desenvolver do Projeto encontrei dificuldade com o idioma ao me comunicar com os usuários, existem palavras e expressões que são usadas somente aqui. Ao iniciar o Projeto os usuários tiveram uma pequena dificuldade para entendê-lo, por tratar-se de uma prática nova na UBS e na comunidade. Todos esses pequenos transtornos foram superados e a implantação do Projeto foi muito bem aceita por ambas as partes.

O curso foi importante também para a equipe, que precisou qualificar-se para atuar com eficiência e amplo conhecimento na questão. Os ACS conseguiram trazer para dentro da unidade, a visão de como estava a saúde da população que acerca a mesma, facilitando assim a forma de atuação de cada profissional no Projeto.

Obtivemos bons resultados com o Projeto de Intervenção, o que nos deixa muito satisfeitos, portanto iremos continuar com ele de forma permanente, para podermos melhorar a atenção a DCNT, como foi feito no trabalho desenvolvido, sobre Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus em usuários residentes na área de abrangência da UBS Campo do Meio, São Francisco de Paula/RS.

Referências

World Health Organization. Preventing chronic diseases: a vital investment: WHO global report. Geneva: World Health Organization; 2005.

Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

Schmidt MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet. 2011; 377(9781):1949-1961.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade brasileira de Hipertensão. Sociedade brasileira de nefrologia. V Diretriz Brasileira De Hipertensão. São Paulo. Hipertensão, 2006.

V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Disponível em: www.diabetes.org.br. Acessado em. 02-02-2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. V Diretrizes de Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitorização Residencial de Pressão Arterial (MRPA). Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 97, n. 3, p. 1-24, set. 2011. Suplemento 3.

VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. Revista Hipertensão, [S.l.], v. 13, ano 13, p. 1-51, jan./fev./mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36 e 37)

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 Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

Eu, (Escreva seu nome aqui), (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

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante