

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na ESF Promorar, Guaporé/RS**

Dianlys de la Caridad Caminero Velázquez

Pelotas, 2015

Dianlys de la Caridad Caminero Velázquez

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na ESF Promorar, Guaporé/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: Luciane Soares Seixas

Pelotas, 2015

V434m Velazquez, Dianlys de la Caridad Caminero

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Promorar, Guaporé/RS / Dianlys de la Caridad Caminero Velazquez; Luciane Soares Seixas, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

82 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. Seixas, Luciane Soares, orient. II. Título

CDD : 362.14

Agradecimentos

À enfermeira Maiara Lubiam, que me deu todo seu apoio.

À nutricionista Luciane Mesa, por sua ajuda sempre oportuna.

A toda a equipe de Promorar pela importante colaboração.

Obrigada.

Resumo

VELÁZQUEZ, Dianlys de la Caridad Caminero. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Promorar, Guaporé/RS.** 2015. 81f. 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.

O presente trabalho é o resultado da necessidade de implementar ações de promoção e prevenção, assim como o controle adequado nos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, devido à alta incidência e prevalência destas doenças na população, fundamentalmente pela adoção de estilos de vida pouco saudáveis, que resulta em complicações e reduz a qualidade de vida ou levam à morte. Por isto, o objetivo principal é melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da ESF Promorar, Guaporé/RS. A intervenção foi desenvolvida em 3 meses na área de abrangência da unidade, onde se realizou o registro dos usuários nos prontuários clínicos e fichas espelhos, além de utilizar uma Planilha de Coleta de Dados eletrônica, para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores propostos. Ao final da intervenção foi atingida a meta estabelecida para cobertura de 60% dos usuários, abrangendo assim um total de 301 usuários com hipertensão e 74 com Diabetes. Alcançou-se uma proporção de 287 (95,3%) de usuários com hipertensão e 72 (97,3%) com diabetes, com os exames complementares em dia. A proporção de usuários com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia foi de 293 (97,3%) e 71 (95,9%) nos usuários hipertensos e diabéticos respectivamente. A avaliação da necessidade de atendimento odontológico foi de 249 (82,7%) nos usuários hipertensos e 60 (81,1%) nos usuários diabéticos. Em relação à proporção de usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular em dia se alcançou um total de 289 (96%), e no caso dos usuários diabéticos foi de 69 (93,2%). Os indicadores propostos relacionados com exame clínico em dia, busca ativa dos faltosos, e educação para saúde, foram atingidas as metas de 100%. Com a intervenção propiciou-se a ampliação da cobertura da atenção qualificada aos usuários com hipertensão e diabetes da comunidade, assim como a melhoria dos registros. A equipe ficou mais preparada para dar resposta a todas as necessidades da população alvo, reviu a suas atribuições, e levou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea no serviço.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Foto do Grupo de Hipertensos e Diabéticos da ESF Promorar.	51
Figura 2	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao usuário diabético na UBS	57
Figura 3	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao usuário diabético na UBS	58
Figura 4	Gráfico dos usuários hipertensos com exames complementares em dia de acordo ao protocolo.....	59
Figura 5	Gráfico dos usuários diabéticos com exames complementares em dia de acordo ao protocolo	60
Figura 6	Gráfico dos usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.....	61
Figura 7	Gráfico dos usuários diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.....	62
Figura 8	Gráfico dos usuários hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	63
Figura 9	Gráfico dos usuários diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	63
Figura 10	Gráfico dos usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular	66
Figura 11	Gráfico dos usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.....	66

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário da Saúde
CAPS	Centro de Apoio Psicossocial
CEO	Centro Especializado Odontológico
DM	Diabetes Mellitus
EaD	Educação à Distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
Hiperdia	Programa da atenção à Hipertensão e Diabetes Mellitus
HGT	Hemoglicoteste
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PMM	Programa Mais Médicos
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UnaSUS	Universidade Aberta o SUS

Sumário

1	Análise Situacional	10
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2	Relatório da Análise Situacional	11
1.2	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	22
2	Análise Estratégica	24
2.1	Justificativa	24
2.2	Objetivos e metas	27
2.2.1	Objetivo geral	27
	Melhorar a atenção à saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da ESF Promorar, Guaporé/RS.	27
2.2.2	Objetivos específicos e metas	27
	Objetivo 1: Ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos.	27
	Meta 1.1: Cadastrar 60% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	27
	Meta 1.2: Cadastrar 60% dos usuários diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.	27
2.3	Metodologia	29
2.3.1	Detalhamento das ações	29
2.3.2	Indicadores	39
2.3.3	Logística	46
3	Relatório da Intervenção	50
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	50

3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	55
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	55
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	55
4	Avaliação da Intervenção.....	56
4.1	Resultados	56
4.2	Discussão.....	69
5	Relatório da Intervenção para os gestores	72
6	Relatório da Intervenção para a comunidade.....	74
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	76
	Referências	77
	Anexos	78

Apresentação

O presente volume se apresenta como Trabalho de Conclusão de Curso de pós-graduação em Saúde da Família, modalidade de Ensino à Distância (Ead), pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UnaSUS) por meio do Programa Mais Médicos (PMM). Foi realizado por meio de uma intervenção em usuários com Hipertensão arterial sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, pertencentes à área de abrangência da Equipe de Saúde da Família - ESF Promorar, Guaporé/RS, em 2015. O trabalho está organizado em cinco unidades, seguindo o cronograma proposto pelo curso. O propósito deste trabalho foi melhorar a atenção à saúde destes usuários para aumentar a sua qualidade de vida e evitar o aparecimento precoce de complicações. Consta primeiramente de uma Análise Situacional, logo se apresenta o Projeto ou Análise Estratégica, um Relatório da intervenção, e finalmente a Avaliação da mesma. Esta foi realizada no período de três meses, para finalmente avaliar os resultados, e refletir sobre a sua importância.

Na Análise Situacional, encontramos uma breve caracterização do município onde foi desenvolvida a intervenção, assim como da UBS envolvida na mesma, com a suas fortalezas e debilidades, e os problemas de saúde fundamentais nas principais ações programáticas.

Na Análise Estratégica, encontramos a justificativa do trabalho realizado, com a sua metodologia, detalhamento das ações em todos os eixos (monitoramento da avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica), assim como a logística precisada.

No Relatório da Intervenção, se explicam todas as atividades desenvolvidas e as que não puderam ser desenvolvidas nesse período, assim como a viabilidade da sua incorporação à rotina do serviço.

Na Avaliação da intervenção, encontramos os resultados alcançados ao final do trabalho, assim como a sua discussão.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

O município de Guaporé conta com aproximadamente 25.000 habitantes, localizado na Serra Gaúcha, no Rio Grande do Sul, sendo o polo gaúcho, e o segundo brasileiro, de joias e lingerie. Foi colonizado por imigrantes italianos, e preserva até hoje suas tradições. Na cidade, é realizada a Mostra Guaporé todos os anos, a fim de expor seus produtos. Também se destacam as indústrias de calçados, metal-mecânica, confecções, implementos agrícolas e moveleiros, além de uma agricultura inovadora que impulsiona o município. Um de seus grandes atrativos é a estatua do Cristo Redentor, com treze metros de altura, colocado num pedestal de sete metros no cume mais alto da cidade.

No município, o sistema de saúde de forma geral está muito bem organizado, onde para dar cobertura à Atenção Básica de Saúde possui sete Unidades Básicas de Saúde (UBS's), seis com Estratégia Saúde da Família (ESF) e uma tradicional, dessas, três foram inauguradas no ano 2014. Há o projeto para que em breve o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), seja implantado, não há disponibilidade de Centro de Especialidade Odontológico (CEO). A população tem acesso à atenção especializada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) de forma gratuita com Clínico Geral, Pediatra, Ginecologista, Cardiologista, Infectologista, Gastroenterologista, Psicóloga, Odontólogo e Nutricionista; e através do convênio do SUS com a saúde privada se paga uma diferença para as especialidades de Ortopedia/Traumatologia, Dermatologia, Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Neurologia, Psiquiatria, Urologia, Endocrinologia e Cirurgia.

O município tem um Hospital com serviço de Pronto Atendimento, além de contar com um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS). Em nosso município existem três Laboratórios de análises clínicas do SUS, onde os usuários realizam os exames solicitados gratuitamente, assim como no caso das radiografias, Eletrocardiograma, Tomografias e Ressonâncias Magnéticas, as duas últimas com uma cota mais reduzida. Exames como Ecografias, Eletroencefalogramas e Teste Ergométrico são feitos pagando uma diferença por convênio.

A ESF Promorar, é uma USF urbana, e uma das mais novas, pois sua inauguração aconteceu em janeiro de 2014. A maioria das atividades realizadas nela acontece em estreita relação e convênio com o SUS, pelo contrário, não existe vínculo com as instituições de ensino. Está constituída por uma equipe de trabalho integrada por: um médico da família, um médico ginecologista-obstetra, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, uma odontóloga, uma auxiliar de odontologia, uma nutricionista, uma recepcionista, uma assistente da farmácia, uma auxiliar da limpeza e duas agentes comunitárias de saúde.

1.2 Relatório da Análise Situacional

No município de Guaporé para dar cobertura à atenção de saúde, existem sete UBS's, um Hospital com serviço de Pronto Atendimento, um CAPS, três Laboratórios de análises clínicas do SUS, e a população tem acesso à maioria dos atendimentos especializados, uma parte de forma gratuita e outra por convênio do SUS com a saúde privada. Não há CEO, e ainda não está implantado o NASF.

A ESF Promorar, é uma USF urbana, constituída por uma equipe de trabalho integrada por: um médico da família, um médico ginecologista-obstetra, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, uma odontóloga, uma auxiliar de odontologia, uma nutricionista, uma recepcionista, uma assistente da farmácia, uma auxiliar da limpeza e duas agentes comunitárias de saúde.

Em relação à estrutura física da UBS é ampla e se encontra em boas condições. Tem uma área de espera e uma de recepção; quatro consultórios (o consultório ginecológico, odontológico, um para o médico geral e outro para a enfermeira que realiza a triagem); tem uma sala de curativos e procedimentos; uma sala de nebulização; sala de vacinas; uma farmácia; a cozinha; uma área de serviço; uma sala de utilidades e uma de esterilização; almoxarifado; e uma sala de reuniões. Tudo tem os mobiliários, equipamentos e instrumentais imprescindíveis para fornecer uma boa atenção à população. Ainda assim, existem algumas necessidades como a solicitação de quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e receber apoio de algum NASF. Também temos deficiências, por exemplo, apenas 33% aproximadamente da população está cadastrada; os prontuários são arquivados por usuários na maioria das

vezes; a UBS não tem sala para depósito de lixo não contaminado fechado, com ventilação e proteção contra roedores; as rampas, escadas e corredores da UBS não têm corrimãos; as prateleiras da UBS não são interna e externamente de superfície lisa, fácil limpeza e desinfecção; e os armários não são de acabamentos arredondados.

Foi feito o concurso para os ACS's e esperamos para o final do ano 2014 ou em janeiro 2015 contar com os que faltam para dar continuidade ao cadastramento da população e à organização dos prontuários por família. Nas reuniões da equipe, que são feitas todas as segundas-feiras de cada mês, daria para escutar opiniões e ideias para tentar resolver os problemas. Ao ficar todos cientes da necessidade de procurar ou adaptar um local, para que seja o depósito para o lixo não contaminado, onde tenha ventilação e proteção contra roedores, podemos dar esta tarefa aos técnicos de enfermagem da unidade, para que de algum jeito encontrem alguma solução. Também se poderia fazer a proposta, de aproveitar o tempo que ficaremos na UBS (uma hora por mês), por parte do Programa de Proteção ao Trabalhador, para que sempre um membro da equipe faça uma palestra sobre a prevenção dos acidentes laborais e surjam ideias de como reduzi-los, pelos riscos já mencionados. Não contamos com corrimão, há a necessidade de se abordar esse fato com relação aos riscos, para que os membros da equipe, sobretudo o pessoal que trabalha próximo à entrada e sala de espera, fiquem mais atentos para quando chegue alguma pessoa com alguma deficiência, ofereçam sua ajuda, com apoio nele para caminhar ou utilizando a cadeira de rodas, assim evitaremos acidentes e a população se sentirá melhor atendida.

Em relação às atribuições da equipe, todos os profissionais que trabalham na ESF estão bem preparados, cumprem com suas responsabilidades e realizam cursos de capacitação técnica frequentemente. Ainda assim, temos algumas limitações como que não se realiza busca ativa de usuários faltosos às ações programáticas e/ou programas da UBS; a capacidade instalada para ações coletivas e reuniões em saúde bucal está muito reduzida, pois em todas as semanas não se estão destinando as horas preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS) para estas atividades, sendo substituídas por atendimento clínico; não se promove a participação da comunidade no controle social; e não se identificam parceiros e recursos na

comunidade para potencializar ações intersetoriais com a equipe. Ao não promover a participação da comunidade no controle social, estamos deixando de envolver a população em atividades importantes que vão contribuir com a promoção e prevenção de doenças na área, e vão incrementar a qualidade de vida da população.

Para tentar dar solução ao abordado, se poderia fazer a proposta para os agentes comunitários de saúde, como eles vão frequentemente às casas da comunidade, sejam os responsáveis por visitar os usuários que faltam às atividades realizadas na UBS, onde a recepcionista pode levar um controle das ausências e entregar para os agentes, pesquisando as causas e como poderiam ajudar em alguma situação.

Para melhorar a capacidade instalada para ações coletivas e reuniões em saúde bucal, se deve analisar e reorganizar o horário da Médica, odontóloga e da sua auxiliar, abordando com elas e a equipe, a necessidade de que se cumpram pelo menos as 2 horas de reuniões (para programar as atividades e abordar situações encontradas no trabalho diário e que possam constituir riscos), e as 4 horas de ações coletivas em cada semana preconizadas pelo Ministério da Saúde (MS), pois isto é tão importante como os procedimentos clínicos, inclusive evitaria muitos deles. Assim elas poderiam participar nos diferentes grupos prioritários da comunidade, e se agendariam visitas à escola e creche da área, etc. Também se poderia criar um Grupo de Saúde Bucal.

Para melhorar a participação da comunidade no controle social, deveria fazer uma reunião da equipe com os líderes principais da área e outros que desejem participar, para criar o Conselho Local de Saúde e os responsáveis por parte da população, de possibilitar o cumprimento de todas as ações programadas em conjunto da UBS-comunidade, e de integrar cada vez mais todas as pessoas da região no cuidado da saúde coletiva. Aqui é importante no primeiro encontro, as participações pelo menos do médico, da enfermeira e dos agentes comunitários. Com a organização constante e o incremento da participação comunitária, aparecerão usuários que vão poder ajudar mais no processo, com recursos humanos ou materiais.

Em relação à população da área adstrita, o tamanho da equipe é adequado para a população que atende, com exceção da falta dos quatro

Agentes Comunitários, só temos dois que cobrem duas micro áreas, e lembremos que esta é uma USF nova onde não existia nenhum registro. Portanto o cadastro de nossa ESF está incompleto, os dados que temos na realidade não se correspondem com a distribuição brasileira, fica bem abaixo dela, embora o número de atendimentos seja muito maior, o que dificulta nosso trabalho e pode chegar de um jeito mais integral na prestação de nossos serviços a cada uma das famílias. Temos um total de 3.264 habitantes, deles só 15 crianças são menores de 1 ano (10 do sexo masculino e 5 do sexo feminino), de 5-14 anos temos 228 (118 do sexo masculino e 110 do sexo feminino), de 15-59 anos temos 713 (357 do sexo masculino e 356 do sexo feminino), de 60 ou mais anos são 110 (48 do sexo masculino e 62 do sexo feminino), mulheres em idade fértil são 368 e gestantes temos 12.

Como se explicou anteriormente este problema dos ACS deve ficar resolvido em dois ou três meses. Em relação à estrutura só temos algumas limitações como o déficit de instrumentos (um antropômetro para crianças, cabo de bisturi, estetoscópio de Pinard e potes para coleta de escarro), de material odontológico cirúrgico, de medicamentos (colírios, cremes antifúngicos, fitoterápicos e homeopáticos, e de medicamentos básicos para urgência e emergência como Epinefrina e Diazepam em ampolas), assim como no abastecimento das cadernetas do adolescente e das cadernetas de saúde do idoso.

Existem vários fitoterápicos que estão ao alcance da população na comunidade, nos quintais das casas ou de vizinhos, os quais se podem utilizar em muitas doenças, e assim suprir a carência deles na unidade, e a pessoa resolve em grande medida seu problema de saúde; portanto se podem realizar palestras de Medicina Fitoterápica para o pessoal que trabalha na UBS, tendo como responsáveis à auxiliar de farmácia e a nutricionista. Tem dificuldades que em grande medida não dependem de nós, mas o importante é sempre continuar com o propósito de fazer tudo o que se possa pelo alívio da pessoa doente.

Em relação à atenção à demanda espontânea, em nossa UBS este processo flui bastante bem, pois tem uma boa organização. Aqui se desenvolve o “acolhimento pela equipe de referência do usuário”, pois quando chega um usuário, este esclarece seu problema à recepcionista, que escuta a queixa e

sempre da uma resposta adequada de bom jeito, onde se o problema não é agudo ou de atendimento imediato/prioritário, e já tem todas as consultas agendadas para esse dia, então ela faz a proposta do agendamento para outro momento; se tem espaço na agenda, o usuário consulta. Os casos agudos, se não tem excesso de demanda na UBS, passam para consulta com o médico, no caso contrário, primeiro são atendidos pela enfermeira. Nos casos de atendimento imediato/prioritário, passam diretamente com o médico.

Quando temos excesso de demanda, então a recepcionista leva o usuário para a consulta da enfermeira, onde ela faz o acolhimento que dura entre 10 até 15 minutos, seja um caso agudo ou não, e em dependência do problema, se ela não pode resolver a situação, sempre que não seja de atendimento imediato/prioritário, para o qual sempre tem turnos de reserva na UBS, e o médico já tenha tudo agendado, então a enfermeira liga para outra UBS ou para o Pronto Atendimento para encaminhar o usuário. Ou seja, a maioria das vezes a recepcionista com apoio da enfermeira, resolvem as diferentes situações, tendo como retaguarda o médico e também com a ajuda do resto da equipe.

Em relação à saúde da criança (faixa etária de 0 a 72 meses), as consultas de puericultura são realiza pela enfermeira e pelo médico de família. Quando nasce um bebê e este chega ao posto de saúde, pois já a mãe foi orientada na etapa pré-natal que tinha que se apresentar nos primeiros sete dias na unidade, para realizar a captação do recém-nascido e dela. Eles são acolhidos pela enfermeira que oferece as primeiras orientações, faz o teste do pezinho e revisa a ficha de vacinação, logo é feita a puericultura com o médico, onde são revisados os aspectos anteriores e todos os que permitam um começo e desenvolvimento satisfatório na vida da criança. As puericulturas estão se realizando fundamentalmente nos menores de um ano, pois estamos tentando promover a importância que tem também as consultas de controle para as faixas etárias de 12-24 e 24-72 meses, ainda assim, as mães só levam as crianças quando ficam doentes, o qual nestas idades acontece frequentemente, sobretudo por causa das infecções respiratórias agudas que provocam excesso de demanda. Quando temos algum bebê que precise da avaliação de um Pediatra ou algum outro especialista, é encaminhado sem complicações.

Algumas das deficiências encontradas são que em nossa unidade não existe arquivo específico para registrar os atendimentos das puericulturas, mas são colocadas no sistema de informação próprio da UBS, que permite também ter os dados atualizados e é de fácil acesso, nos últimos 12 meses 8 mulheres (21%) fizeram consulta de puerpério; a atenção à saúde da criança demonstra um total de 15 crianças (38%) acompanhadas na Unidade. O indicador das consultas em dia está em um total de 47%, pois nos lactentes de mais de 8 meses, observa-se uma diminuição na assistência às consultas, pelas causas já anteriormente explicadas; a avaliação da saúde bucal não há no momento, pois nas puericulturas ao exame físico se revisa e diagnostica qualquer problema bucal, mas nessa idade não são feitos atendimentos pela odontóloga para crianças, nem até os 5 anos. Na UBS não se realiza triagem auditiva nem no município pelo SUS.

Outra dificuldade encontrada é a ausência de profissionais dedicados ao planejamento, gestão e coordenação do programa de atenção à saúde da criança, assim como à avaliação e monitoramento do mesmo. Neste aspecto se poderiam selecionar alguns dos profissionais para que todos os meses, façam uma reunião para discutir as dificuldades encontradas no trabalho diário, avaliar como se está desenvolvendo o programa, e dar possíveis soluções e novas sugestões.

Além disso, é muito importante a criação do Grupo de Puericultura, pois não temos ainda, para assim dar uma atenção mais diferenciada e específica ao grupo de mães que integrem o mesmo, proposta que se poderia fazer também na reunião de equipe. Devemos continuar desenvolvendo atividades de promoção e prevenção de saúde bucal, onde a odontóloga e a técnica/auxiliar odontológica, tem um papel fundamental, apoiadas pelo resto da equipe.

Em relação ao pré-natal, nestes momentos 12 gestantes (37%) são acompanhadas na Unidade, quando chega uma mulher com suspeita de gravidez à UBS, é acolhida primeiramente pela enfermeira, que realiza uma consulta, e se tem muito pouco tempo de amenorréia e alguns dos sintomas da gestação, sem sinais de gravidez ou de outras causas, ela solicita o teste de Beta HCG (teste de gravidez), no caso contrário passa a usuária para consulta com o médico para definir o diagnóstico. Quando é positivo o teste, ou se tem

feito o diagnóstico clínico pelo médico, se agenda consulta então com o Ginecologista-Obstetra, que consulta na unidade duas vezes por semana no turno da manhã, pois é ele quem faz o acompanhamento principal das gestantes nas consultas até o momento do parto, que é realizado também por ele na maioria das vezes. Nos casos de problemas de saúde agudos das gestantes, então elas consultam com o Médico da Família.

Temos um Grupo de Gestantes que realiza atividades de promoção e prevenção uma vez por mês na associação bairro-comunitária, e recebe preparação também para o puerpério, onde participam o médico, a enfermeira e a nutricionista principalmente.

Dentro das dificuldades encontradas estão a escassa avaliação de saúde bucal com um total de 8%, apenas uma gestante foi avaliada, e a prescrição de suplementação do sulfato ferroso que representa um total de 17% (duas gestantes). No primeiro caso, embora elas recebam a informação nas diferentes atividades, sobre a importância do cuidado bucal durante a gestação, não comparecem nas consultas de odontologia; e no segundo caso a prescrição é feita segundo a avaliação do ginecologista. Não há arquivo específico na UBS para os registros dos atendimentos às gestantes, mas isto é cadastrado no sistema próprio da unidade, onde tem um aspecto específico para as gestantes, que serve para o acompanhamento do programa.

Outra deficiência foi a ausência de profissionais dedicados ao planejamento, gestão e coordenação do programa de Pré-natal, assim como à avaliação e monitoramento do mesmo. Com relação a isto, ao início do ano, se realizou uma reunião com a equipe onde se planejou a organização e as diferentes atividades que vão ser feitas no transcurso do ano baseado no programa, ficando como responsável a enfermeira com o apoio da equipe. Mas neste aspecto ficaria melhor selecionar alguns dos profissionais para que todos os meses, façam uma reunião para discutir as dificuldades encontradas no trabalho diário, avaliar como se está desenvolvendo o programa, e dar possíveis soluções e novas sugestões, para cada dia oferecer uma melhor atenção neste grupo da população tão vulnerável. Isto poderia ser uma proposta na próxima reunião da equipe, onde se pode aproveitar para já organizar a comissão e escutar outras ideias. Também poderia aumentar a participação nas atividades, do técnico/auxiliar odontológico e do odontólogo,

para continuar tentando trazer consciência da importância do cuidado bucal durante a gestação, e aproveitar para avaliar as gestantes faltosas às consultas.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, temos um total de 115 (13%) das mulheres com idade entre 25 e 64 anos de idade acompanhadas na Unidade para prevenção do câncer de colo do útero e 109 (33%) das mulheres com idade entre 50 e 69 anos acompanhadas para prevenção do câncer de mama, o rastreamento dos dois programas é feito de forma organizada, duas vezes na semana no turno da manhã. Nas quartas-feiras, a enfermeira realiza os exames citopatológicos que estão agendados e antes de começar o procedimento, pergunta à usuária sobre os fatores de risco e todos os antecedentes patológicos de saúde, realiza o exame clínico das mamas e demonstra para ela como deve fazer o mesmo em sua casa regularmente. Nas quintas também são feitos citopatológicos e exames clínicos das mamas pela Ginecologista, e esta a sua vez, solicita as mamografias que são realizadas no hospital. Em minha consulta também solicito de forma oportunística, mamografias ou a realização de exames citopatológicos, e faço o exame clínico das mamas, às usuárias que chegam com alguma queixa específica, com fatores de risco, ou que ainda não estão inseridas nos programas. O acompanhamento dos casos alterados é feito pela Ginecologista, e contamos na UBS com um arquivo específico só para registrar os citopatológicos, que é revisado mensalmente pela enfermeira.

Algumas das dificuldades que apresentamos são que não se realizam atividades com grupos de mulheres; não se realizam ações de educação às mulheres para realização periódica do citopatológico; não se fazem ações para o controle do peso corporal das mulheres da área, nem de estímulo à prática regular da atividade física; e também não são feitas ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo do álcool e o tabagismo. As usuárias só recebem as orientações de promoção e prevenção, que oferece o médico ou a enfermeira nas consultas individualmente, e às vezes na sala de espera da unidade.

Desta análise, o primeiro seria fazer a proposta à equipe da criação de um Grupo de Mulheres na comunidade, para realizar atividades educativas que ajudem fazer consciência nelas, da importância da realização periódica do

citopatológico, autoexame das mamas e mamografias, explicando para elas o tempo em que deve ser feito cada proceder, segundo a idade e os fatores de risco, para detectar qualquer alteração. Pode aproveitar para falar também sobre os malefícios à saúde do consumo excessivo do álcool e o cigarro. Nisto poderiam participar o médico, a enfermeira, os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários. Também a nutricionista pode dar uma palestra sobre nutrição e controle do peso, e se aproveitaria para pesar as integrantes do grupo.

Em nosso município já se está esperando proximamente a implantação do NASF, e com ele poderemos ter o apoio de um educador físico para realizar atividades na comunidade que promovam as práticas regulares dos exercícios físicos.

Outra deficiência foi a ausência de profissionais dedicados ao planejamento, gestão e coordenação destes programas, assim como à avaliação e monitoramento dos mesmos, o qual precisaria selecionar alguns dos profissionais para isto, onde podem levar para cada reunião da equipe, suas propostas das ações que podem ser feitas nesse mês, e escutar outras ideias. Também o responsável do programa de prevenção de câncer de mama, pode criar com apoio do resto, um arquivo específico para registrar os resultados das mamografias, pois assim fica mais fácil fazer o seguimento e controle do programa, como mesmo se faz com os resultados dos citopatológicos atualmente.

No caso de algum exame alterado, em qualquer dos dois programas, o responsável elegido pode falar com o agente comunitário para visitar à usuária uns dias antes e lembrar para ela da sua consulta, no caso de não comparecer, se poderia agendar visita domiciliar com o médico ou enfermeiro para pesquisar as possíveis causas da ausência e reagendar a consulta.

Em relação à atenção aos usuários com hipertensão e diabetes, as consultas são realizadas pela enfermeira no primeiro encontro. Após, com o Médico da Família que faz o seguimento com a solicitação dos exames correspondentes e as diferentes ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento das complicações ou casos agudos relacionados com estas doenças, entre outros. Também, se encaminha para a Odontologista, explicando a importância de evitar qualquer foco de infecção que pode ser

causa de complicações nos hipertensos, e de descontrole metabólicos múltiplos nos diabéticos. Se o usuário está com sobrepeso ou obesidade, o médico o encaminha para a Nutricionista, que realiza consulta todas as quartas-feiras na UBS, onde é feito pelo técnico de enfermagem, o controle de peso e o Teste de HGT (este último no caso dos diabéticos), antes do atendimento com a especialista. Temos um Grupo de usuários Hipertensos e Diabéticos, que atuam uma vez por mês na Casa da Cultura, onde participam a enfermeira, o médico e a nutricionista, principalmente.

As dificuldades encontradas são que não se realizam ações de estímulo à prática regular da atividade física para usuários com HAS e DM; não são feitas ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo do álcool ou tabagismo para usuários com HAS e DM (apenas a promoção sobre suas consequências nos grupos); e não existe um arquivo específico para registrar os atendimentos dos adultos com estas doenças.

Os usuários hipertensos estão cadastrados em um total de 122 (17%), desses, um total de 45 (37%) estão com atraso nas consultas agendadas em mais de 7 dias, pois ainda existem pessoas que não acham necessário o seguimento regular da doença se nesse momento se sentem bem, ao igual que pensam que o tratamento farmacológico é só por um tempo e abandonam ele por sua conta. Sobre a avaliação da saúde bucal apenas 38 (31%) tem ela em dia, pois embora se explique seu significado para contribuir com o controle adequado, os usuários não comparecem ou vão vários dias ou meses depois. Para os usuários diabéticos, há um total de 29 (14%), também se apresenta um total de 11 usuários com diabetes (38%) de atraso nas consultas agendadas em mais de 7 dias, e um total de 14 (48%) da avaliação da saúde bucal em dia, pelas mesmas causas explicadas anteriormente.

Das deficiências encontradas, o primeiro seria fazer a proposta à equipe de selecionar alguns dos profissionais, para se dedicar ao planejamento, gestão e coordenação, assim como à avaliação e monitoramento do programa HIPERDIA que se realiza em nossa unidade, onde poderiam levar para cada reunião da equipe, suas propostas das ações que podem ser feitas nesse mês, e escutar outras ideias. Também, se poderia criar um arquivo específico para registrar os atendimentos dos hipertensos e dos diabéticos, pois assim fica

mais fácil a atualização da quantidade dos usuários e podemos fazer uma melhor distribuição e agendamento das atividades.

Também se pode fazer a proposta da participação da odontóloga e a auxiliar de odontologia, nos grupos que são feitos todos os meses, para estimular a assistência dos usuários às consultas de odontologia e contribuir na promoção e prevenção das infecções bucais.

Em relação à saúde dos idosos, 110 idosos (25%) são acompanhados na Unidade, o atendimento é feito todos os dias em qualquer turno, onde participam principalmente o Médico de Família, a Enfermeira, a Odontóloga, Médico Ginecologista-Obstetra, o Técnico de Enfermagem, Nutricionista e os Agentes Comunitários de Saúde. São feitas atividades de imunização, diagnóstico e tratamento de alterações clínicas, odontológicas, de saúde mental, de tabagismo e alcoolismo, de obesidade, etc. assim como as relacionadas com a promoção e prevenção de doenças.

As dificuldades encontradas foram a pouca avaliação da Capacidade Funcional Global do idoso por parte dos profissionais de saúde (24%), ou seja, 26 idosos, onde as consultas de controle se realizam, sobretudo nas visitas domiciliares, pois, as pessoas nesta faixa etária, não tem costume de se apresentar na unidade sem que estejam doentes, além disso, nesse momento o médico tem mais tempo para fazer a Avaliação Multidimensional Rápida e é mais fácil avaliar aspectos deste instrumento como são o Domicílio e o Suporte Social.

Também há déficit na UBS das Cadernetas de Saúde do Idoso, e delas, poucas são as que estão preenchidas com as informações atuais, em um total de 58 cadernetas preenchidas (53%), onde os Agentes Comunitários de Saúde são os que mais usam estas Cadernetas, pois em suas visitas atualizam os dados, mas os usuários não têm costume de levar este documento às consultas médicas, o que dificulta um pouco seu preenchimento. Apenas 37%, ou seja 41 idosos tem a avaliação de saúde bucal em dia, pois aqui também é explicado para os usuários seu significado para contribuir com o controle adequado, e ainda assim, não comparecem ou vão vários dias ou meses depois. Além disso, não se realizam atividades com grupos de idosos; não existe Protocolo de atendimento para idosos na UBS; nem um arquivo específico para registrar os atendimentos deles.

Das dificuldades encontradas, o primeiro para fazer é uma reunião com a equipe para falar sobre os problemas identificados, motivar aos Agentes Comunitários para que em suas visitas aproveitem e levem a Caderneta para todos os idosos que ainda não tem, explicando para eles a importância de a cada vez que venham à USF levem ela consigo para assim facilitar uma melhor atenção. Os profissionais de saúde devem aproveitar mais os espaços tanto na consulta como nas visitas domiciliares, para realizar a Avaliação Multidimensional Rápida à totalidade da população idosa, já que constitui uma ferramenta fundamental, que indica onde estão os principais problemas no presente, e prevê quais poderiam aparecer no futuro.

Pode-se fazer a proposta à equipe de selecionar alguns dos profissionais, para se dedicar ao planejamento, gestão e coordenação, assim como à avaliação e monitoramento do programa, pois também não tem na UBS. Poderia criar um arquivo específico para registrar os atendimentos dos usuários idosos, pois assim fica mais fácil a atualização da quantidade dos usuários e podemos fazer uma melhor distribuição e agendamento das atividades.

É importante criar um Grupo de Idosos na comunidade para reforçar as ações de promoção e prevenção, onde além do médico, enfermeiro ou técnico de enfermagem, podem participar também a nutricionista, a odontologista e a auxiliar odontológica, e aproveitar esse espaço para lembrar os que tenham consulta nesse mês, fazer demonstração do escovado dos dentes, etc.

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

A análise crítica e profunda da situação da ESF/APS, realizada na UBS durante essas semanas foi de grande ajuda e esclarecimento sobre quais são as principais debilidades e fortalezas, oportunidades e ameaças, que temos em nosso serviço de saúde, pois no relatório feito no começo, tinham-se poucos elementos sobre como era a realidade na UBS, e para onde devíamos encaminhar as diferentes ações para começar uma intervenção dos problemas fundamentais de saúde. Agora já temos uma visão mais ampla e específica do

que precisamos, e podemos elaborar estratégias que sejam resposta às necessidades de nossa comunidade.

Acho que o maior desafio que apresenta a UBS e sua equipe, é conseguir a participação comunitária nas diferentes atividades programadas, pois ainda sendo uma unidade urbana, está na região mais periférica da cidade, onde a maioria da população tem estilos de vida pouco saudáveis, com vários usuários alcoólatras e dependentes químicos, com preconceitos, que não tem costume de se integrar por um bem comum como o constitui a saúde coletiva, para com isto cuidar do bem-estar individual.

No entanto, um dos melhores recursos que apresenta a UBS, é a vontade de seus trabalhadores de fazer mudanças na população, que permitam o incremento da qualidade de vida e façam consciência da importância da prevenção, e que toda ação feita com este propósito é para a promoção de saúde, e não uma perda de tempo.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM) são as doenças mais frequentes nas consultas dos adultos da população mundial, as que ficam estreitamente relacionadas com os estilos de vida pouco saudáveis. A prevalência da HAS na população adulta é de 20 a 44%, dependendo da região estudada, o que significa que há no Brasil, 20 a 40 milhões de usuários hipertensos. Entanto avalia-se em cerca de 15 milhões o número de diabéticos (PORTO, 2010).

Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção destas doenças. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados (BRASIL, 2006).

A hipertensão arterial sistêmica afeta a maioria dos portadores de diabetes. É fator de risco importante para a doença coronariana e para as complicações microvasculares como a retinopatia e a nefropatia. A recomendação atual é intensificar seu controle na presença de diabetes, de modo, a alcançar níveis inferiores a 130/80 mmHg. As estratégias não farmacológicas recomendadas para o controle da pressão arterial (dieta adequada, atividade física, etc.) também apresentam impacto positivo sobre a glicemia e o controle de lípides sanguíneos (BRASIL, 2006).

A HAS no diabético tipo 2, na grande maioria dos casos, faz parte da síndrome metabólica, em vez de ser consequência da nefropatia. O importante estudo UKPDS (United Kingdom Prospective Study), mostrou que a cada 10 mmHg de redução da PA média no diabético hipertenso, o risco geral de complicações cai em 12%; a mortalidade, em 15%; a incidência de IAM, em 11%; e de complicações microvasculares, em 13% (MedCurso, 2010).

Na ESF Promorar, muito semelhante do que acontece no mundo e no Brasil, existe uma alta incidência e prevalência destas doenças, onde nas consultas diárias, uma grande porcentagem das pessoas atendidas apresenta alguma delas ou ambas, e com frequência chegam com algum grau de

descontrole. Temos que demonstrar à população, a relevância da mudança no estilo de vida no tratamento destas patologias, que compreendam que precisam do acompanhamento não apenas por um tempo, mas a longo prazo; e ensinar que assim também podem viver com qualidade. Por isto a importância de nosso trabalho diário na prevenção ou controle adequado dos usuários que sofrem delas.

A UBS onde vai ser desenvolvida a intervenção é ampla, e se encontra em boas condições. Tem uma área de espera e uma de recepção; quatro consultórios (o consultório ginecológico, odontológico, um para o médico geral e outro para a enfermeira que realiza a triagem); tem uma sala de curativos e procedimentos; uma de nebulização; sala de vacinas; uma farmácia; a cozinha; uma área de serviço; uma sala de utilidades e uma de esterilização; almoxarifado; e uma sala de reuniões. Está constituída por uma equipe de trabalho integrada por: um médico da família, um médico ginecologista-obstetra, uma enfermeira, dois técnicos de enfermagem, uma médico odontologista, uma auxiliar odontológica, uma nutricionista, uma recepcionista, uma assistente da farmácia, uma auxiliar da limpeza e duas agentes comunitárias de saúde. Temos um total de 3.264 habitantes, mas o cadastro de nossa ESF está incompleto, os dados que temos na realidade não se correspondem com as porcentagens probabilísticas das estatísticas nacionais brasileiras, ficam bem abaixo delas, embora o número de atendimentos seja muito maior, pois faltam 4 Agentes Comunitários, só temos dois que cobrem duas micro áreas, e isto influencia negativamente também nos atendimentos dos usuários com HAS e DM.

Do número estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área (496), só 24,5% (122), são acompanhados na UBS. Um total de 45 usuários com hipertensão (37%) dos acompanhados, tem atraso nas consultas agendadas em mais de 7 dias, pois ainda existem pessoas que não acham necessário o seguimento regular da doença se nesse momento se sentem bem, ao igual que pensam que o tratamento farmacológico é só por um tempo e abandonam ele por sua conta. Sobre a avaliação da saúde bucal apenas 38 (31%) tem ela em dia, pois embora se explique seu significado para contribuir com o controle adequado, os usuários não comparecem, ou vão vários dias ou meses depois. Do número estimado de diabéticos com 20 anos ou mais

residentes na área (122), só 23,7% (29) são acompanhados na UBS. Um total de 11 (38%) tem atraso nas consultas agendadas em mais de 7 dias, e apenas 14 (48%) tem a avaliação da saúde bucal em dia, pelas mesmas causas explicadas anteriormente. Dentro das ações de promoção que são desenvolvidas, temos um Grupo de Hipertensos e um de Diabéticos, que atuam uma vez por mês na Casa da Cultura, onde participam a enfermeira, o médico e a nutricionista principalmente.

Dentro das dificuldades encontradas temos, que não são realizadas ações de estímulo à prática regular da atividade física para usuários com HAS e DM; não são feitas ações que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo do álcool ou tabagismo para usuários com HAS e DM (apenas a promoção sobre suas consequências- nos grupos); e não existe um arquivo específico para registrar os atendimentos dos adultos com estas doenças.

Com o envolvimento de toda a equipe na intervenção da população alvo, e com a equipe completa com todos seus agentes, vai possibilitar ampliar a cobertura dos atendimentos para estes grupos, com o qual vão ter acesso às ações de promoção e prevenção realizadas na UBS, evitando a progressão rápida da doença ou a aparição de complicações, o qual aumentara notavelmente sua qualidade de vida. Na parte da UBS, com a intervenção, vai se conseguir uma melhor organização das atividades para estes grupos, assim como a criação de um registro para manter atualizados os atendimentos e fazer uma melhor distribuição e agendamento das ações, por isto a importância da mesma.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus da ESF Promorar, Guaporé/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Cadastrar 60% dos usuários hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 60% dos usuários 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 usuários hipertensos.

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

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

Meta 2.4: Garantir a 100% dos usuários 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 usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Garantir ficha de acompanhamento de 100% dos usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4.2: Garantir ficha de acompanhamento de 100% dos usuários diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

O projeto foi estruturado para ser realizado no período de 04 meses na área da equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Promorar, mas foi desenvolvido em 3 meses por reajustes do curso, devido a adequação das férias dos participantes. Participarão da intervenção todos os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da Unidade. As ações realizadas na intervenção serão baseadas no Caderno de Atenção Básica nº 15 e 16 (BRASIL, 2006; BRASIL, 2006a). Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a serem realizadas. O cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos será feito no momento da consulta. Para registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho (Anexo C). Os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores (Anexo B).

2.3.1 Detalhamento das ações

As ações desenvolvidas durante a intervenção serão descritas conforme cada um dos eixos programáticos do curso. Dessa forma, espera-se abranger todos os aspectos relevantes para realização da intervenção contemplando todas as metas e indicadores propostos para a Atenção à Saúde do usuário com Hipertensão e Diabetes Mellitus.

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

Meta 1.1. Cadastrar 60% 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 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação:

O monitoramento do número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus será feito por meio do cadastro no sistema próprio da UBS, a enfermeira da unidade ficará responsável pela recolocação dos dados trazidos pelos agentes comunitários e dos casos captados na unidade em consulta, o que será realizado nas sextas-feiras de tarde, na UBS, uma vez na semana.

Organização e gestão do serviço:

Para o registro dos usuários hipertensos e diabéticos será garantida a presença na unidade dos modelos de cadastramento do programa HIPERDIA que se anexará ao prontuário clínico do usuário, sendo responsáveis o médico e a enfermeira do preenchimento e organização da informação, no momento da consulta fundamentalmente. Para melhorar o acolhimento para os usuários com HAS e DM, desde o momento no qual é captado o usuário, será explicada a importância do acompanhamento adequado destas doenças, e será mostrado nosso interesse em ajudar e esclarecer qualquer dúvida nessa pessoa, onde participarão a recepcionista, técnicos de enfermagem, a enfermeira, auxiliar odontológica, médicos e os agentes comunitários; seja na UBS quando chegue o usuário procurando algum serviço, ou nas visitas domiciliares dos agentes ou o médico.

Engajamento público:

A comunidade será informada sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na UBS; sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; assim como do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Também será orientada sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Para isto serão realizadas palestras na comunidade tratando estes aspectos, sendo responsável a médica e a enfermeira, o que será feito uma vez por mês na igreja da área, onde em outras oportunidades foram feitas atividades semelhantes. Também nas visitas dos agentes, onde irão aproveitar esse espaço e falar sobre estes temas, assim como no momento do acolhimento na unidade, pelos técnicos de enfermagem e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica:

A capacitação dos ACS para o cadastramento de usuários hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, será feita na sala de reuniões da UBS, pela enfermeira, uma vez por mês, onde os temas abordados serão sobre o programa HIPERDIA, a identificação dos fatores de risco, sobre o rastreamento dos hipertensos e diabéticos, e outros de interesse.

Para capacitar a equipe para verificação da pressão arterial (PA) de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, a capacitação vai ser feita na sala de reuniões da UBS, pela médica e a enfermeira, uma vez por mês, mostrando a técnica adequada da aferição da PA e tudo relacionado com isto.

Para capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste (HGT) em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, a capacitação será feita na sala de reuniões da UBS, pela médica e a enfermeira, uma vez por mês, alternando com a de verificação da PA, mostrando a técnica adequada para realizar o HGT e tudo o relacionado com isto.

Objetivo 2:

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

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

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

Meta 2.4. Garantir a 100% dos usuários 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 usuários hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Monitoramento e avaliação:

A realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos; o número de usuários hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados, de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e a periodicidade recomendada; assim como o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA; serão monitorados. Para isto, a médica e a enfermeira nas consultas, irão realizar o exame físico completo do usuário, revisar se tem os exames complementares de controle em dia e continuar o acompanhamento se algum deles estava alterado na consulta anterior, e sempre tentar usar como primeira opção os medicamentos em existência na Farmácia Popular/HIPERDIA, para facilitar o acesso. Para monitorar os usuários hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico, a médica revisará em cada consulta no exame físico, se o usuário precisa do encaminhamento para o odontologista, o que será feito em cada consulta de controle.

Organização e gestão do serviço:

As atribuições de cada membro da equipe serão estabelecidas, no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos; será organizada a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; será garantida a solicitação dos exames complementares; os sistemas de alerta aos exames complementares preconizados serão estabelecidos; será realizado o controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos; assim como manter um registro das necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Para isto, se organizará a atualização das atribuições de cada membro da equipe no exame clínico destes usuários, onde a médica e a enfermeira terão um papel fundamental. A médica solicitará em cada consulta de controle os exames recomendados pelo protocolo no tempo estabelecido. Além disso, a técnica de enfermagem responsável atualizará o registro das necessidades de medicamentos dos usuários hipertensos e diabéticos, e ajudará à farmacêutica na realização do controle de estoque semanal, para

evitar o vencimento ou a falta de medicações. Para organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, a médica dará o encaminhamento para a odontóloga sinalizando a doença que sofre a pessoa, então a auxiliará, a odontóloga agendará a consulta no grupo dos usuários hipertensos e/ou diabéticos, e a odontóloga uma vez feito seu primeiro atendimento, agendará as consultas de controle subsequentes em relação aos fatores de risco e avaliação do usuário.

Engajamento público:

Os usuários e a comunidade serão orientados quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e a diabetes, e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente; em quanto à necessidade da realização de exames complementares, e a periodicidade com que devem ser feitos; em quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/HIPERDIA, e possíveis alternativas para obter este acesso; assim como sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal. Para isto, se realizarão palestras sobre o tema, uma vez por mês, na igreja da área, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica:

Haverá a capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado; sobre a solicitação de exames complementares; para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA; assim como para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos. Para isto, a capacitação vai ser feita na sala de reuniões da UBS, pela médica da família e a enfermeira, uma vez por mês, aonde vão se abordar todos estes temas.

Objetivo 3:

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

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

Monitoramento e avaliação:

Vai se monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), para isto se deve colocar a data da última consulta de controle nos registros (fichas espelhos), o que vai ser revisado uma vez por semana (nas sextas de tarde), por uma das técnicas de enfermagem.

Organização e gestão do serviço:

Vão se realizar visitas domiciliares para buscar os faltosos, e organizar a agenda para acolher os usuários hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Para isto quando estejam reunidas as agentes comunitárias antes de sair para suas visitas, na sala de reuniões da UBS, a técnica de enfermagem responsável pelo monitoramento e periodicidade adequados das consultas destes grupos, levará os usuários que estão faltosos a seu controle para que sejam priorizadas suas visitas nesses dias, e a técnica também informará da quantidade à recepcionista e à enfermeira, para que tenham vagas de consultas de reserva ao comparecer o usuário à unidade.

Engajamento público:

Vai se informar à comunidade sobre a importância da realização das consultas; vai se ouvir à comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos usuários com hipertensão e/ou diabéticos (se houver número excessivo de faltosos); e esclarecer aos usuários com hipertensão e diabetes, assim como à comunidade, sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Para isto, se realizarão palestras sobre os temas, uma vez por mês, na igreja da área, de forma participativa, onde a população possa expressar a sua opinião, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica:

Vai se capacitar os ACS para a orientação dos usuários hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, a capacitação vai ser feita na sala de reuniões da UBS, pela enfermeira e a técnica de enfermagem responsável, uma vez por mês, onde os temas abordados serão sobre a periodicidade das consultas de controle nestes grupos, e a sua importância na prevenção de complicações e no incremento da qualidade de vida da pessoa.

Objetivo 4:

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

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

Monitoramento e avaliação:

Vai se monitorar a qualidade dos registros de usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Para isto, a técnica de enfermagem responsável deve revisar que estejam atualizados todos os registros do programa na unidade, o que vai ser feito uma vez por semana (nas sextas de tarde), com ajuda da outra técnica de enfermagem.

Organização e gestão do serviço:

Vai se manter as informações do SIAB atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento; organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, de exame complementar, da estratificação de risco, da não avaliação de comprometimento de órgãos alvo, e do estado de compensação da doença. Para isto, a cada vez que seja captado um usuário com HAS ou DM, a médica colocará a ficha de acompanhamento no prontuário do mesmo, preenchendo todos os dados, e daí o mandará com a técnica de enfermagem responsável do registro para que seja cadastrado; a qual revisará como já foi explicado, e com ajuda da outra técnica, todos os registros uma vez por semana e identificará os problemas, dando conhecer os mesmos à enfermeira, e levando a discussão do que for necessário à reunião da equipe no final do mês.

Engajamento público:

Vai se orientar os usuários e à comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Para isto, se realizarão palestras sobre os temas, uma vez por mês, na igreja da área, de forma participativa, onde a população possa expressar a sua opinião, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica:

Vai se capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do usuário hipertenso e/ou diabético, e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. A capacitação vai ser feita na sala de reuniões da UBS, pela médica da família e a enfermeira, uma vez por mês, onde os temas abordados serão sobre o

preenchimento adequado de todos os registros do programa, pois embora a responsável por isto vá ser a técnica de enfermagem, todos os membros da equipe devem ajudar ela em um que outro momento, para que flua melhor o processo.

Objetivo 5:

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

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

Monitoramento e avaliação:

Vai se monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Para isto, a médica nas consultas de controle, deve revisar o prontuário para confirmar se esse ano o usuário fez a verificação da estratificação do risco cardiovascular, no caso contrário deve realizá-la e classificar o risco, o qual vai ser colocado nos registros. Também a técnica de enfermagem responsável revisará os registros do programa, uma vez por semana, onde vai ter em conta este aspecto para ter identificados os usuários que ainda não o tenham feito para agendar e fazer o mesmo.

Organização e gestão do serviço:

Vai se priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco, e organizar a agenda para o atendimento desta demanda. Para isto, ao ter identificados os usuários de alto risco, a técnica de enfermagem informaria deles à enfermeira e à recepcionista, para o agendamento prioritário das suas consultas de controle.

Engajamento público:

Vão se orientar aos usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, assim como esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Para isto, na consulta a médica explicará ao usuário seu nível de risco e a relevância do acompanhamento regular para melhorar a qualidade de vida e evitar complicações. Além disso, se realizarão

palestras sobre o tema, uma vez por mês, na igreja da área, sendo responsável a médica e a enfermeira.

Qualificação da prática clínica:

Vai se capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, sobre a importância do registro desta avaliação, e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Para isto, a capacitação vai ser feita na sala de reuniões da UBS, pela médica da família e a enfermeira, uma vez por mês, onde os temas abordados serão sobre a demonstração da realização da estratificação do risco cardiovascular, sobre seu registro, e a prevenção e controle dos fatores de risco nesses usuários.

Objetivo 6:

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

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

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

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

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

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

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

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

Monitoramento e avaliação:

Vai se monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários hipertensos e diabéticos, sobre a atividade física regular, sobre riscos do tabagismo, e sobre higiene bucal. Para isto, a técnica de enfermagem responsável revisará os registros do programa, uma vez por semana, com

ajuda da outra técnica, onde vai ter em conta todos estes aspectos e ir identificando as dificuldades encontradas, para falar sobre elas na reunião da equipe e expor possíveis soluções.

Organização e gestão do serviço:

Vão se organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Para isto, vamos nos apoiar no grupo dos usuários hipertensos e diabéticos da comunidade, que se realiza uma vez por mês, que agora vai se efetuar no Centro Comunitário, onde seriam as responsáveis a nutricionista da área e a enfermeira, de promover hábitos dietéticos saudáveis, que influenciem positivamente no controle destas doenças.

Vão se organizar práticas coletivas para orientação de atividade física, e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade. Para isto, vamos promover nos grupos dos usuários hipertensos e diabéticos, a realização da atividade física, explicando a sua importância no controle destas doenças, sendo responsáveis também a nutricionista e a enfermeira, com demonstração de alguns dos exercícios que podem fazer. Além disso, quando seja incorporado o NASF à rede de saúde do município, se solicitará um educador físico para que realize atividades físicas com os grupos regularmente. Também se realizarão palestras dos malefícios do tabagismo nos grupos, uma vez por mês, no local do Centro Comunitário, sendo responsáveis a médica e a enfermeira. Vai se organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual sobre higiene bucal: para conseguir isto, seria previamente agendada a consulta destes grupos de usuários, tendo em conta sempre a explicação dos hábitos adequados para manter uma boa higiene bucal, e prevenir as complicações.

Engajamento público:

Vai se orientar os usuários hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, da prática de atividade física regular, para os que são tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e os malefícios deste hábito, assim como se orientará sobre a importância da higiene bucal. Para isto, se realizarão palestras sobre os temas, uma vez por mês, na igreja da área, de forma participativa, onde a

população possa expressar a sua opinião, sendo responsável a médica e a enfermeira, com ajuda da odontologista e a sua auxiliar.

Qualificação da prática clínica:

Vai se capacitar a equipe da unidade sobre práticas de alimentação saudável, sobre a promoção da prática de atividade física regular, sobre o tratamento de usuários tabagistas, para oferecer orientações de higiene bucal, e sobre metodologias de educação em saúde. A capacitação vai ser feita na sala de reuniões da UBS, pela médica da família, a médica odontologista no caso das orientações da saúde bucal, e a enfermeira. Se realizarão uma vez por mês, onde serão abordados os diferentes temas.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 60% 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 60% 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: Manter 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: Manter 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 hipertensos e diabéticos 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 total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

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 hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

Indicador 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 de hipertensos e diabéticos.

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 usuários 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: Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários 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: Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários 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 usuários 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 usuários diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de usuários 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 usuários diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus em nossa UBS, vamos adotar os Protocolos de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus, ambos do Ministério de Saúde, 2006. Utilizaremos a ficha do programa HIPERDIA e a ficha espelho disponível pelo curso (Anexo C). Estimamos alcançar com a intervenção 298 usuários hipertensos e 73 diabéticos, em total 371. A enfermeira vai entrar em contato com os gestores municipais para dispor das 371 fichas espelhos que serão necessárias imprimir. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados disponibilizada pelo curso.

Para criar o registro específico do programa, a enfermeira revisará junto com a técnica de enfermagem responsável, o cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos que pegam medicação na farmácia da USF, identificando os que levaram medicação nos últimos três meses, e colocando já seus nomes e dados no novo registro específico. A profissional localizará os prontuários destes usuários e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para as fichas espelhos. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento, anexando uma anotação sobre consultas em atraso, atendimento odontológico em atraso, e estratificação do risco cardiovascular não realizado esse ano. Este registro vai se complementar com a recolocação dos dados trazidos pelos agentes comunitários e dos casos captados na UBS em consulta, o que se realizará nas sextas de tarde, uma vez na semana, na USF, pela enfermeira.

Para o monitoramento e avaliação regular do programa, a enfermeira e técnica de enfermagem responsável, vão revisar uma vez por semana (nas sextas de tarde), as fichas espelhos e o registro específico, identificando: aqueles que estão com atendimento odontológico em atraso; consultas em atraso; aqueles sem a realização da estratificação do risco cardiovascular; sem orientação nutricional, da atividade física, dos riscos do tabagismo e da saúde bucal; e ao mesmo tempo vão revisar a qualidade do registro da informação. Os agentes comunitários de saúde vão realizar busca ativa dos usuários em atraso, estima-se 10 por semana, totalizando 40 por mês. Ao fazer a busca já

agendará o usuário para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

Na organização e gestão do serviço, para acolher a demanda de intercorrências agudas dos usuários hipertensos e diabéticos, não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para urgências. Para agendar os usuários provenientes da busca ativa, serão reservadas 10 consultas por semana, o qual o agente comunitário informará previamente sempre que for possível, dando mais prioridade aqueles com classificação de alto risco cardiovascular.

Para organizar as atividades coletivas vai se utilizar um projetor de vídeos, disponibilizado pela UBS Central, e levado pela nutricionista, aonde vão se tratar os temas de orientação nutricional, atividade física, riscos do tabagismo e saúde bucal. Para isto vamos nos apoiar no grupo dos hipertensos e diabéticos da comunidade, realizado uma vez por mês, no Centro Comunitário, ficando como responsáveis a nutricionista e a enfermeira. Vamos solicitar também ao gestor municipal, um educador físico e a compra de medicamentos para a terapia antitabáquica.

Para melhorar o engajamento público, faremos contato com os representantes da comunidade na igreja da área de abrangência, e apresentaremos o projeto da intervenção, esclarecendo a importância do acompanhamento regular destes grupos de usuários. Também, solicitaremos apoio da comunidade para ampliar a captação precoce dos hipertensos e diabéticos, explicando a existência do programa, os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças, e a relevância do controle adequado da alimentação, atividade física, tabagismo e saúde bucal, como elementos chaves no tratamento não farmacológico. Isto vai ser realizado uma vez por mês, em forma de palestras, pela médica e a enfermeira. Também nas visitas dos agentes, estes podem aproveitar esse espaço e falar sobre estes temas, ao igual que no momento do acolhimento na unidade, pelos técnicos de enfermagem e a enfermeira.

Na qualificação da prática clínica, vamos realizar a capacitação sobre o Manual Técnico ou Protocolo da HAS e DM, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção destes usuários. Esta capacitação ocorrerá na própria

UBS, para isto serão reservadas 2 horas ao final de cada mês, onde cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros. Os responsáveis serão a médica e a enfermeira, precisando-se de dois protocolos impressos, providenciados pela enfermeira, que vai imprimir os mesmos; assim como dos instrumentos para demonstrar a verificação da pressão arterial (PA), e a realização do hemoglicoteste (HGT), providenciados pelas técnicas de enfermagem.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

O cronograma estava previsto inicialmente para ser desenvolvido em 16 semanas, mas as ações foram feitas em 12 semanas, por adequação do curso devido a reajustes das férias dos participantes, ainda assim foi mantida a qualidade das atividades realizadas.

Nos três meses da intervenção com os usuários hipertensos e diabéticos da ESF Promorar, ficamos contentes pelas ações desenvolvidas que favoreceram à população alvo, pois visualizamos como estes foram aprendendo a cada dia conviver com a doença, do melhor jeito possível e saudável; a maioria retornou para a suas consultas agendadas, e foram muito poucos os que tivemos que procurar em relação ao começo do processo. Conseguiu-se seguir o cronograma e realizar as diferentes ações previstas, algumas com dificuldades, mas se trabalhou nesses aspectos para que não acontecessem novamente.

Sobre as atividades desenvolvidas, por exemplo, na semana 1, no horário da reunião da equipe, se realizou a primeira capacitação para todos os membros da unidade, na sala de reuniões da USF, pela médica e a enfermeira, onde foi discutido de forma geral o protocolo de HAS e DM, destacando-se a responsabilidade de cada um na intervenção e explicando todas as atividades a desenvolver nesse mês pelo cronograma. Foram demonstradas como preencher os diferentes documentos a utilizar na intervenção, a verificação da pressão arterial (PA), e a realização do hemoglicoteste (HGT). Foi especificada a periodicidade das consultas de controle, onde as agentes comunitárias estavam com dúvidas, e estas também foram orientadas para começar a busca ativa dos usuários faltosos às consultas, em seu trabalho diário.

Também se realizou na igreja, o primeiro encontro com os líderes comunitários e algumas pessoas da área que assistiram. Lamentavelmente apenas foi um líder da comunidade e 13 pessoas. A enfermeira informou sobre a existência na UBS do Programa de atenção à hipertensão e diabetes, e a intervenção que estávamos começando, para melhorar a atenção e prevenir a aparição precoce de complicações que podem afetar a qualidade de vida ou levar à morte. Explicou-se o papel fundamental da comunidade na captação

dos hipertensos e diabéticos, devido à importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; e do rastreamento para DM em adultos, com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Também se abordou sobre os fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças. O representante da comunidade ficou muito interessado na intervenção assim como as demais pessoas presentes, e perguntaram sobre as diferentes atividades a realizar no processo. Especificou-se sobre o apoio que devem oferecer às agentes comunitárias de saúde quando visitarem as famílias.

Foi feito o grupo de usuários hipertensos e diabéticos, desta vez na igreja também, onde foi abordado o tema da Nutrição nos usuários com HAS e DM, e a sua grande importância no controle adequado destas doenças, onde a responsável foi a nutricionista que atende na USF. Aqui ela falou também sobre a intervenção que se iniciou, e a relevância da participação comunitária nas diferentes atividades.



Figura 1- Grupo de Hipertensos e Diabéticos da ESF Promorar. Guaporé, RS, 2015.

Começou-se o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência, nos modelos do programa HIPERDIA que foram anexados aos prontuários clínicos, e nas fichas espelhos, preenchidas uma parte pela enfermeira e outra pela médica. Também foi iniciado o atendimento clínico e acompanhamento destes usuários segundo o protocolo de HAS e DM, essas ações foram realizadas todos os dias nas consultas e visitas

domiciliares. Para isto, tomou-se cuidado na realização do exame físico completo, com a verificação da estratificação do risco cardiovascular; na revisão dos exames complementares solicitados de acordo com o protocolo; no monitoramento dos medicamentos prescritos (sempre tentando usar como primeira opção os da Farmácia Popular/HIPERDIA), na avaliação da necessidade do atendimento odontológico; assim como na orientação sobre nutrição, atividade física, tabagismo e saúde bucal.

Nas sextas à tarde, seguindo o pautado no cronograma, as duas técnicas de enfermagem realizaram a revisão dos registros do programa na unidade, para identificar os diferentes problemas, como no preenchimento adequado dos mesmos, ou no atraso de qualquer das atividades agendadas na UBS. A técnica de enfermagem responsável pela avaliação e monitoramento dos registros, na reunião que é realizada todas as segundas de manhã, com as agentes comunitárias antes de sair para a suas visitas domiciliares, entregou para a enfermeira os usuários faltosos, para a busca ativa dos mesmos, que foi realizada todos os dias, os que foram encaixados nas consultas de reserva ou feito o seu agendamento.

Um ponto positivo foi que a cada dia se deu mais assistência aos usuários hipertensos e diabéticos, das microáreas em que começaram trabalhar as novas agentes comunitárias há dois meses, o que facilitou muito a captação destes e seu acompanhamento correspondente. A população alvo se manteve satisfeita com a atenção recebida, realizaram os exames solicitados e a grande maioria retornou para mostrar seus resultados. Tiveram usuários que me confessaram que não conheciam que deviam ter consultas com periodicidade definida, em relação com a classificação de seu risco cardiovascular, pois, eles só procuravam atendimento quando ficavam doentes. Enquanto outros há um ano não realizavam seus exames complementares, a maioria das vezes porque se sentiam bem e achavam que não precisavam.

Tivemos casos que chamaram mais nossa atenção, por isto acho interessante compartilhar aqui essas vivências. Durante uma das visitas domiciliares, atendi um usuário de 59 anos, masculino, hipertenso, cardiopata, com artrite gotosa e obesidade Grau 3, o qual sempre que chegávamos a sua casa estava com PA descompensada e procurava com frequência ao Hospital por isto; mas ele não realizava adequadamente o tratamento contínuo pois todo

seu medicamento encontrava-se misturado, e não sabia se tinha tomado ou não todos os medicamentos quando era questionado, além disso ficava quase todo tempo em sua casa, depressivo.

Assim, a primeira ação que tomamos foi dar a tarefa à técnica de enfermagem de organizar a sua medicação em uma caixa, dividida nos diferentes horários do dia e bem rotulada para que não confundisse mais. Em todas as visitas falávamos para ele se incorporar no grupo da comunidade, se revisou e atualizou seu tratamento, e atualmente é um dos integrantes do grupo de usuários hipertensos e diabéticos. Parece simples, mas não foi, foi um trabalho de meses, teve que solicitar para ele em três oportunidades os exames de controle, pois sempre esquecia ou perdia a solicitação; falamos com a sua família, começaram assim a dar maior atenção na verificação da tomada das medicações pelo usuário; e assim estava com a sua PA estável e com uma notável mudança no seu humor e estado geral, demonstrando assim, como tinha avançado com o esforço de todos. São momentos que demonstram que no final vale a pena.

Lembro-me de outro usuário masculino, de 62 anos, hipertenso, com litíase renal, no momento do atendimento assintomático, que foi para solicitar uma ecografia abdominal para ver como estava da litíase. Mas, chegou com PA alterada, em 160/100 mmHg, perguntei se sofria de pressão alta e a resposta foi: “uma vez tomei remédio para isso, mas parei há 5 meses pois se controlou”. Tivemos que explicar para ele que a HAS é uma doença crônica, ou seja, que uma vez diagnosticada, é por toda vida, mas que com tratamento e um estilo de vida adequado os níveis da PA chegam a se estabilizar bastante, mas a pessoa continua sendo hipertensa e requer medicamentos, embora seja em menor dosagem, ainda mais se tem algum fator de risco ou causa associada, como no caso dele que já tinha uma patologia renal com cólicas nefríticas recorrentes. Por isto, esse dia tinha a PA alta embora estivesse assintomático, o que era mais perigoso. Depois do exame clínico, solicitei os exames complementares de controle para HAS, coloquei seu tratamento anti-hipertensivo, e foi agendada a consulta para mostrar os resultados dos exames, realizar a estratificação do risco cardiovascular e continuar o seu acompanhamento. Também se agendou a sua consulta odontológica e a enfermeira informou sobre o grupo que temos na comunidade e as diferentes

atividades que se estavam realizando, convidando-lhes a participar. Nesses momentos é quando nós sentimos realmente úteis, e com o reconforto de ter ajudado pessoas necessitadas também de orientação, de ser escutadas, pois nós damos conta que se interessam em nossas explicações e que compreendem, só precisavam de uma mão para lhes guiar e acompanhar.

Seguindo com as atividades do cronograma, na semana 5 foi realizada a segunda capacitação da equipe, onde se iniciou retomando os temas da verificação da pressão arterial (PA), e a realização do hemoglicoteste (HGT), para esclarecer as dúvidas que tivessem ficado do primeiro encontro. Foram abordados aspectos gerais do exame físico nestes usuários, assim como os critérios diagnósticos para HAS e DM, pois as agentes comunitárias tinham referido que nas suas visitas, muitas vezes acontecia que as pessoas perguntavam quais eram os valores normais da glicose ou da PA, com qual valor de PA ou glicose alteradas se realizava o diagnóstico, e outras questões relacionadas com a identificação destas doenças na população, e elas não sabiam responder adequadamente. Portanto, sobretudo as agentes, que eram as que mais tinham dúvidas, ficaram muito satisfeitas com os temas abordados nessa tarde pela enfermeira e por mim.

Algumas dificuldades apresentadas foram, por exemplo, quando no segundo grupo de hipertensos e diabéticos só assistiu um integrante, o resto deixou a sua justificativa com a recepcionista, mais bem foi uma consulta individual. A atividade foi preparada pela enfermeira, que abordou o tema dos riscos do tabagismo e os critérios da terapia antitabáquica, à qual podem ter acesso na unidade. Embora fosse só uma pessoa, a enfermeira fez a sua atividade na mesma UBS, parabenizou o usuário e o orientou que continuasse com responsabilidade com a sua saúde. Acordou-se que esse tema seria abordado de novo pela importância que tem e a pouca participação que tivemos.

Tivemos usuários faltosos, sobretudo às consultas de odontologia, realizando-se a busca ativa destes diariamente. A médica odontologista expressou que lamentavelmente a maioria deles ainda tem a costume de se consultar por urgências, ou seja, quando realmente estão com dor, e não dão a importância que tem às consultas de controle e prevenção, embora sempre se lhes explica como deve ser e por que.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Algumas atividades não puderam ser desenvolvidas, por exemplo, na semana 5 tentamos realizar o segundo encontro com as lideranças comunitárias e outros membros da comunidade, mas lamentavelmente não foi possível. Desde o início da semana lembrei para a enfermeira de contatar com estas pessoas para realizar a atividade na quarta de tarde na igreja, mas na terça ligaram explicando que não podiam, pois tinham já outros compromissos, que tínhamos que avisar com mais antecipação, nem o único representante que assistiu a primeira vez podia participar, foi uma decepção, mas nos serviu de experiência para que não acontecesse de novo.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Realizou-se a coleta de dados sistematicamente na planilha eletrônica, calculando-se os diferentes indicadores semanalmente. No início os indicadores não se calculavam adequadamente, pois ao passar de um mês para o outro não foi somado o total, mas ao descobrir o problema este foi solucionado e finalmente os cálculos deram certo.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações previstas no projeto estão sendo incorporadas à rotina de nosso serviço, principalmente as que foram realizadas diariamente (cadastramento, atendimento clínico e acompanhamento adequado, busca ativa dos faltosos). As que podem apresentar um pouco mais de dificuldade para isto são as de caráter coletivo, como os encontros com as lideranças da comunidade fundamentalmente, e a realização do grupo de HAS e DM, pois ainda temos pouca participação comunitária. Para tentar reverter esta situação, estamos nos apoiando nas agentes comunitárias de saúde, que estão fazendo um importante papel na divulgação das diferentes atividades desenvolvidas na unidade; assim como no resto da equipe, que em todas as ações, tentam

demonstrar a importância destes encontros para melhorar o estilo de vida, e com ele, a qualidade da mesma na convivência com estas doenças. Também nas reuniões da equipe vamos programar mensalmente a realização destas ações, onde deve ficar acordado o dia, lugar, tema a abordar, e os responsáveis, das atividades do próximo mês, assim todos os profissionais tem tempo de informar e preparar com qualidade.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou sobre a melhoria da atenção à saúde nos usuários hipertensos e diabéticos pertencentes à ESF Promorar no município de Guaporé, RS. Na área adstrita à UBS existe um total estimado de 3.264 habitantes, destes 496 e 122 com hipertensão e diabetes, respectivamente (VIGITEL, 2011). Com o término do período da intervenção de 12 semanas presenciais, chegou o momento de avaliar os resultados obtidos até agora.

Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos

Meta 1.1: Cadastrar 60% 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.

No primeiro mês da intervenção 80 (16,1%) pessoas com hipertensão, foram acompanhados na UBS, e ao longo dos três meses foram atendidos 301, alcançando uma cobertura de 60,7%, sendo portanto, atingida a meta que era de 60%. A ação que mais auxiliou no sucesso deste indicador foi a busca ativa dos faltosos diariamente pelas agentes comunitárias, e o adequado cadastramento por todos profissionais da equipe (Figura 2).

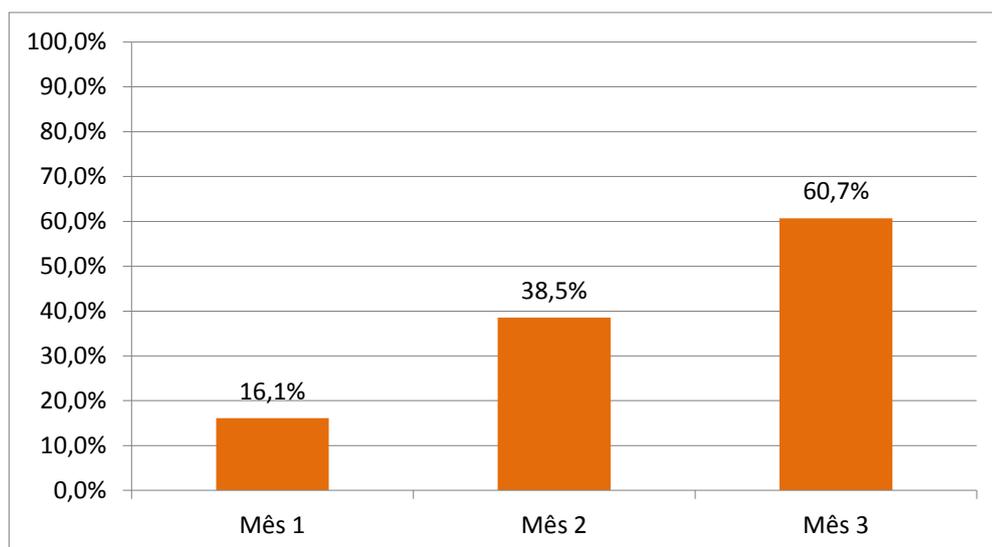


Figura 2- Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS.
Guaporé, RS, 2015.

Meta 1.2: Cadastrar 60% 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.

No primeiro mês da intervenção foram acompanhados na Unidade, um total de 27 (22,1%) pessoas com diabetes, e ao concluir a intervenção foram atendidos 74, alcançando uma cobertura de 60,7%, sendo, portanto, atingida também a meta proposta de 60%. Aqui favoreceram as mesmas ações que no indicador anterior (Figura 3).

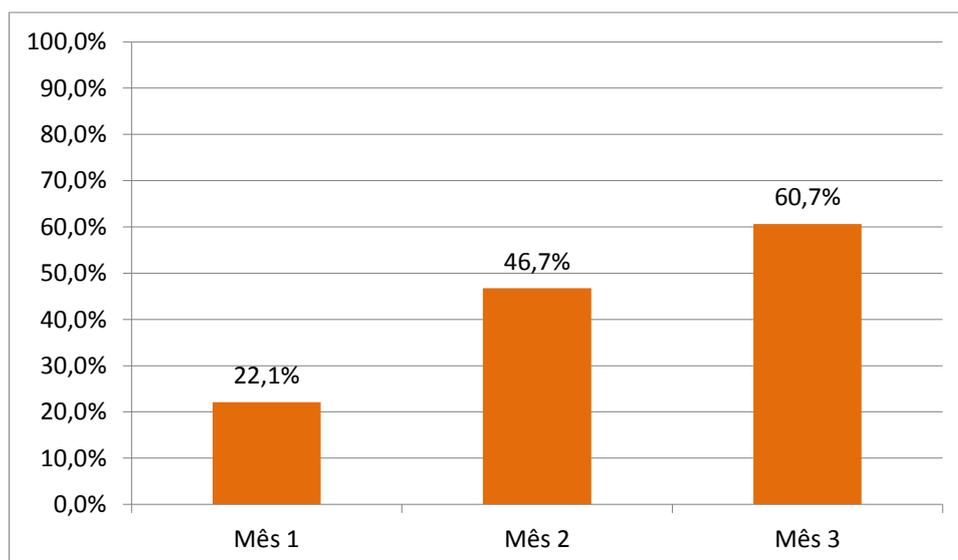


Figura 3- Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. Guaporé, RS, 2015.

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.

A proporção dos hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo se comportou igual ao longo do processo, onde em todos os hipertensos atendidos (301) foi realizado o exame de forma adequada alcançando 100% em todos os meses da intervenção. Aqui influenciou positivamente o monitoramento e avaliação semanal da intervenção pelas técnicas de enfermagem, que identificaram qualquer atraso neste sentido e entregaram para as agentes comunitárias, para a realização da busca ativa destes usuários, pois a maioria estava faltosa às consultas de controle.

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.

A proporção dos diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo, também se comportou igual ao longo do processo, com 74 usuários

atendidos, alcançando 100%. Da mesma forma influenciou positivamente o monitoramento e avaliação semanal da intervenção pelas técnicas de enfermagem.

Meta 2.3: Manter 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.

A proporção dos hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo, no primeiro mês foi de 86,3% com 69 usuários com os exames realizados e revisados. Ao final da intervenção tivemos um incremento de 95,3%, para um total de 287 usuários, não conseguindo atingir a meta de 100%. Entre as causas que influenciaram negativamente estão a assistência às consultas de várias pessoas de idade avançada sem acompanhante, onde acabavam perdendo a solicitação ou esquecendo a data do agendamento dos exames, e ao voltar tinham que ser solicitados novamente. Para tentar reverter essa situação entregávamos esses casos que preocupavam às agentes comunitárias, para que em suas visitas domiciliares explicaram aos familiares do usuário atendido, a importância de acompanhar ele nos atendimentos e lembravam os exames, em vários casos deu resultado. Além disso, a maioria dos usuários com as consultas de controle em atraso, também acabavam se atrasando na realização dos exames (Figura 4).

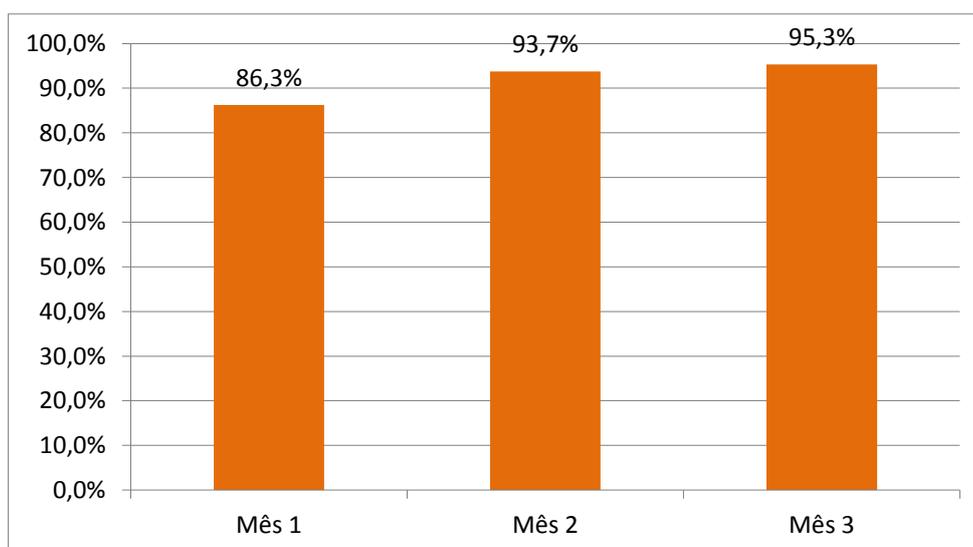


Figura 4- Proporção de Hipertensos com exames complementares em dia de acordo ao protocolo. Guaporé, RS, 2015.

Meta 2.4: Manter 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.

A proporção dos diabéticos com os exames complementares em dia de acordo ao protocolo, no primeiro mês foi de 92,6% com 25 usuários com estes realizados e revisados. Ao finalizar o terceiro mês da intervenção alcançamos um total de 97,3%, para um total de 72 usuários, também intervendo as mesmas causas já abordadas, por esse motivo não se alcançou o total de 100% (Figura 5).

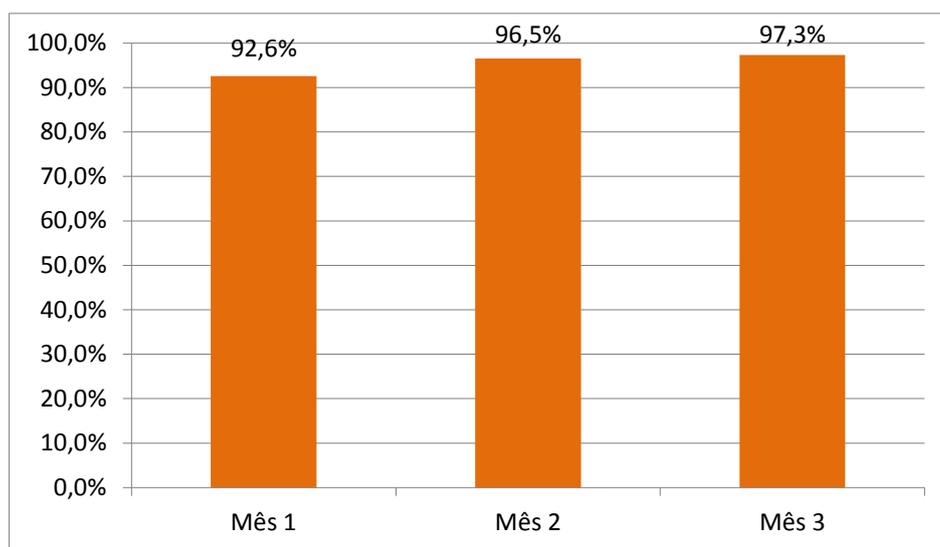


Figura 5- Proporção de Diabéticos com exames complementares em dia de acordo ao protocolo. Guaporé, RS, 2015.

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.

A proporção dos hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, no primeiro mês foi de 93,8% (75 usuários) que consumiam o tratamento contínuo integralmente da farmácia popular, terminando com 97,3% para 293 hipertensos, não conseguindo atingir

a meta de 100%. Esse resultado demonstrou que a maioria dos que usam outros fármacos alternativos ou que não pertencem ao quadro básico de medicamentos, são atendidos também com outros especialistas (cardiologistas, nefrologistas, e outros) que tinham mudado o tratamento, às vezes porque os primeiros não deram o resultado esperado, e dependendo de cada caso (Figura 6).

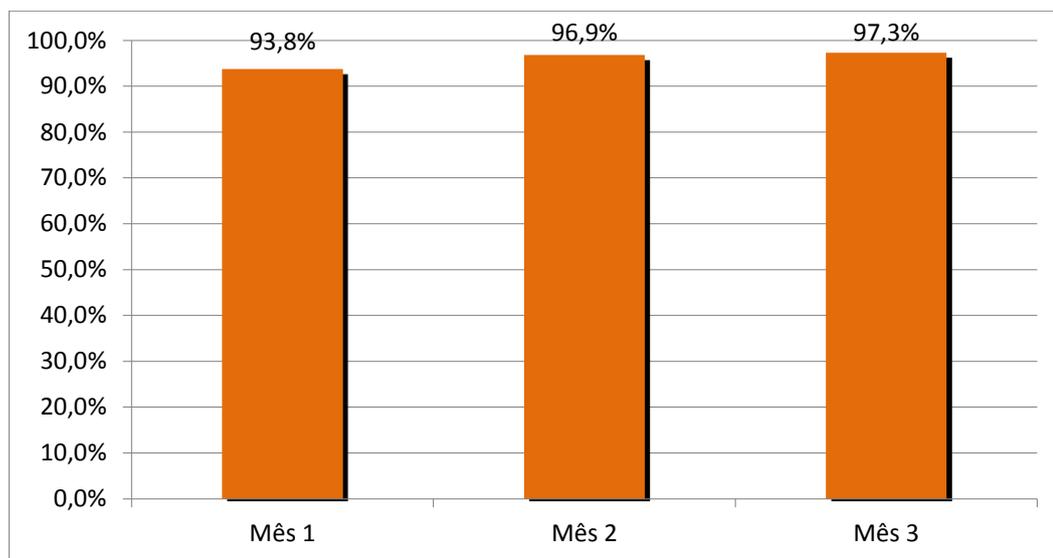


Figura 6- Hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Guaporé, RS, 2015.

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.

A proporção dos diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, no primeiro mês foi de 92,6% (25 usuários) e finalmente se alcançou um 95,9% para 71 usuários, tampouco alcançado se a meta de 100%, pelos mesmos fatores já comentados no resultado anterior (Figura 7).

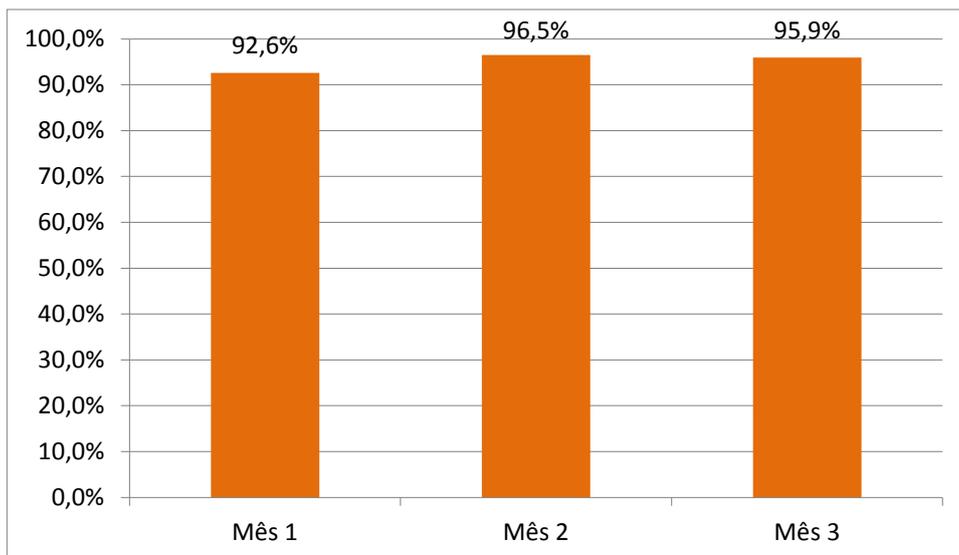


Figura 7- Diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Guaporé, RS, 2015.

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.

Em relação à proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no primeiro mês de 80 usuários acompanhados, 67 foram avaliados, para um 83,8%, entanto que no terceiro mês de 301 hipertensos acompanhados, 249 foram avaliados para um 82,7%, não se alcançando a meta de 100%. Em relação a isto a odontóloga expressou que lamentavelmente a maioria deles ainda tem o costume de se consultar por urgências, ou seja, quando realmente estão com dor, e não dão a importância que tem às consultas de controle e prevenção, embora sempre se lhes explica como deve ser e por que, e além de ter realizado a busca ativa dos faltosos (Figura 8).

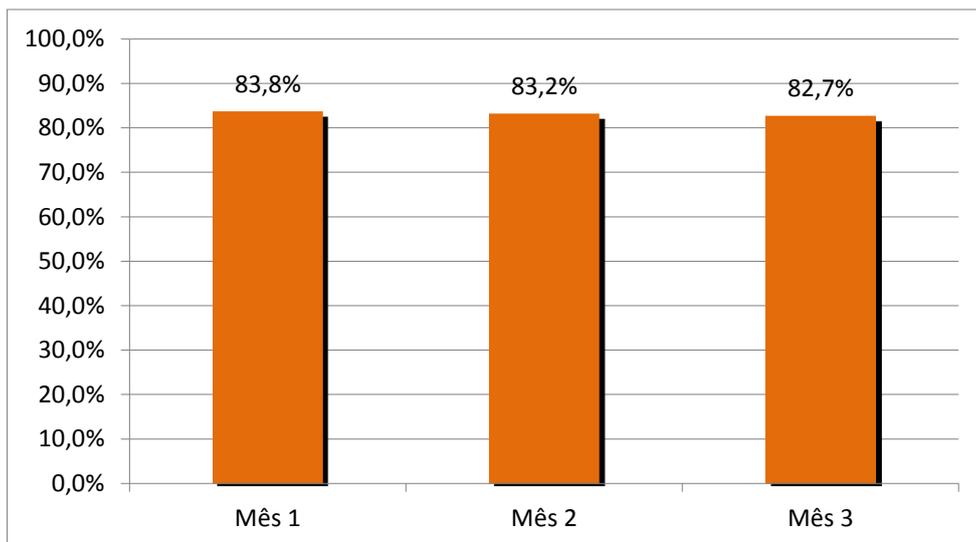


Figura 8- Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Guaporé, RS, 2015.

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.

Em relação à proporção dos diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no primeiro mês de 27 usuários acompanhados, 24 foram avaliados, para um 88,9%, entanto que no terceiro mês de 74 diabéticos acompanhados, 60 foram avaliados para um 81,1%, não se alcançando a meta de 100%, pela mesma situação já explicada (Figura 9).

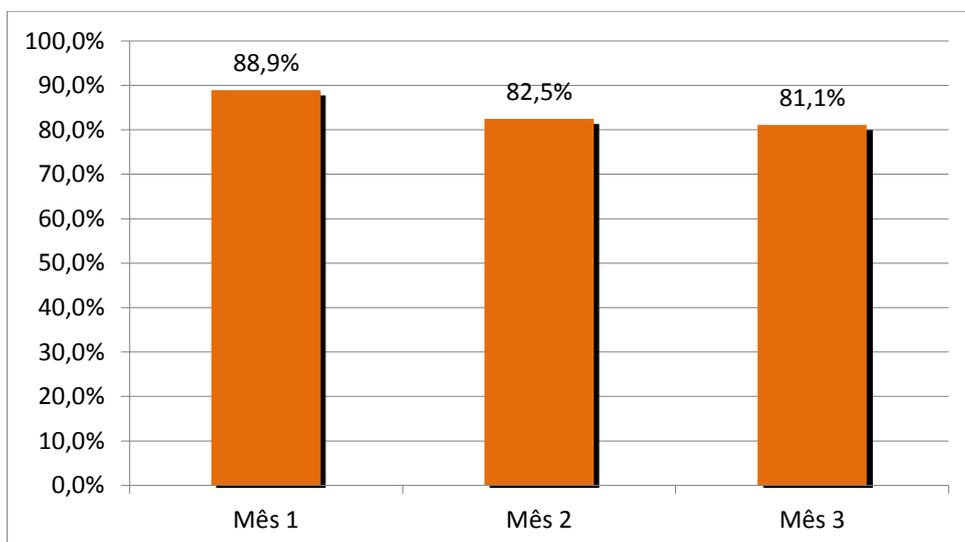


Figura 9- Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Guaporé, 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.

Em relação à proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa, ao longo do processo se cumpriu a meta de 100%, pois no primeiro mês foram buscados os 23 usuários faltosos e assim até no terceiro mês onde também foram procurados os 87 que não compareceram. Para isto, a técnica de enfermagem responsável da avaliação e monitoramento dos registros, na reunião realizada todas as segundas de manhã com as agentes comunitárias, antes de sair para a suas visitas domiciliares, entregou os usuários faltosos, para a busca ativa dos mesmos, que foi realizada todos os dias, e os que foram encaixados nas consultas de reserva ou feito o seu agendamento.

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.

Em relação à proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, ao longo do processo também se cumpriu a meta de 100%, pois no primeiro mês foram buscados os 7 usuários faltosos, e no terceiro mês os 26 que não compareceram.

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.

A proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento se comportou no transcurso da intervenção em 100%, desde os 80 que foram atendidos ao começo até os 301 com que culminou o processo, assim, foi atingida a meta. Para isto se realizou diariamente o cadastramento destes usuários, nos modelos do programa HIPERDIA que foram anexados aos prontuários clínicos, e nas fichas espelhos, preenchidos fundamentalmente pela enfermeira e a médica. Além disso, semanalmente as técnicas de enfermagem fizeram o monitoramento e avaliação destes registros para verificar a qualidade dos mesmos, e identificar os diferentes problemas encontrados.

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.

A proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento também se comportou no transcurso da intervenção em 100%, desde os 27 que foram atendidos ao começo até os 74 com que culminou o processo, sendo atingida a meta, onde favoreceram as ações já explicadas anteriormente.

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

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

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

Em relação à proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, no começo da intervenção se atingiu 87,5% (70 usuários), e finalizou com 96% (289 hipertensos), não alcançando a meta de 100%. Isto se deveu fundamentalmente a aqueles usuários faltosos às consultas de controle, que eram atendidos como demanda espontânea e agendado seu retorno com os exames para seu acompanhamento, incluindo a realização da estratificação do risco cardiovascular, e não voltavam (Figura 10).

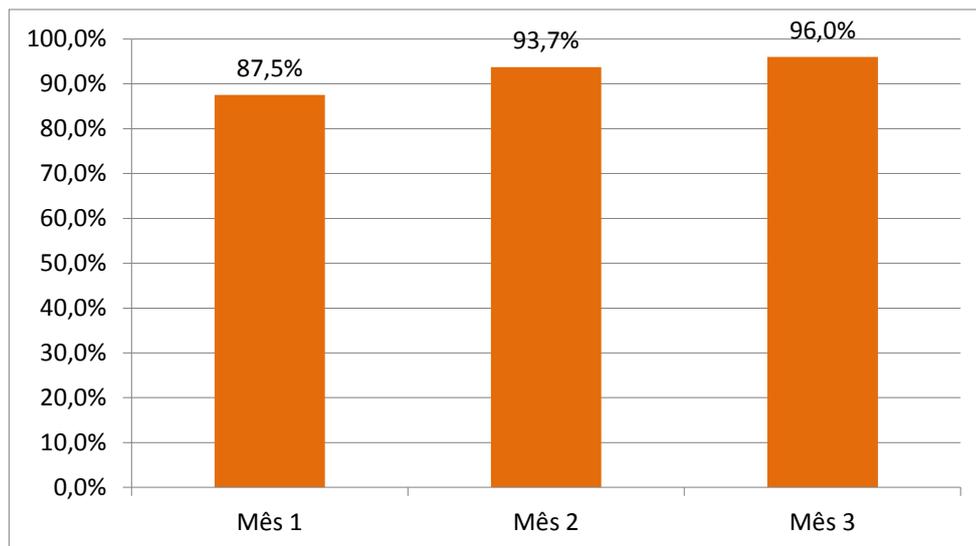


Figura 10- Hipertensos com estratificação de risco cardiovascular. Guaporé, RS, 2015.

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.

Em relação à proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, no começo da intervenção se atingiu 81,5% (22 usuários), para finalizar com 93,2% (69 diabéticos), não alcançando se a meta de 100%, pelas mesmas causas já abordadas (Figura 11).

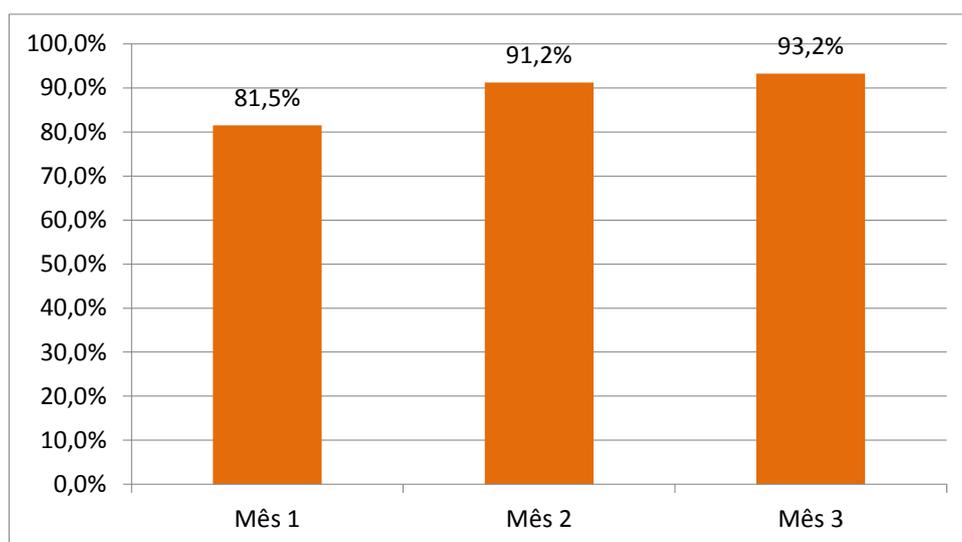


Figura 11- Diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. Guaporé, RS, 2015.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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.

Em relação à proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, se cumpriu a meta prevista de 100% nos 301 usuários atendidos. Para isto em todas as consultas sempre foi explicado como devia ser a alimentação nestes usuários, apoiando-nos também na realização de atividades no grupo da comunidade de hipertensos e diabéticos, onde a nutricionista teve um papel fundamental, assim como nas palestras que foram dadas sobre este tema. Nestas últimas ações de caráter coletivo, devemos continuar trabalhando para que a cada dia tenham maior motivação e participação comunitária.

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.

Em relação à proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, se cumpriu a meta prevista de 100% nos 74 usuários atendidos, onde favoreceram as mesmas ações explicadas no indicador anterior.

Meta 6.3: Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

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

Em relação à proporção de hipertensos com a orientação da prática de atividade física regular, se cumpriu a meta prevista de 100% em todos os meses da intervenção nos 301 usuários atendidos. Para isto em todas as consultas sempre foi explicado para todos os usuários a importância da realização de exercícios físicos para manter um bom controle da doença, pelas

grandes vantagens que oferecem. Foi criado o grupo de atividades físicas da comunidade recentemente, onde em cada encontro estão se somando a cada vez mais participantes, apoiando-nos também nas palestras feitas e no grupo de hipertensos e diabéticos, onde foi abordado este tema.

Meta 6.4: Manter orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

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

Em relação à proporção de diabéticos com a orientação da prática de atividade física regular, se cumpriu a meta prevista de 100% nos 74 usuários atendidos, onde favoreceram as mesmas ações explicadas no indicador anterior.

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

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

Em relação à proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, se cumpriu a meta prevista de 100% nos 301 usuários atendidos. Para isto em todas as consultas sempre foi explicado para todos os usuários sobre os malefícios do cigarro para os sistemas cardiorrespiratórios e demais sistemas em geral, podendo predispor a aparição de complicações nesta doença. Além disso, foi levado o controle dos usuários que tinham critério para fazer a terapia antitabáquica, através do monitoramento e avaliação realizado semanalmente, colocando-se o tratamento disponível na unidade, na maioria deles. Também nos apoiamos nas palestras e no grupo da comunidade de hipertensos e diabéticos, onde foi tratado este tema.

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

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

Em relação à proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, se cumpriu a meta prevista de 100% nos 74 usuários atendidos, onde também favoreceram as mesmas ações explicadas no indicador anterior.

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

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

Em relação à proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, se cumpriu a meta prevista de 100% nos 301 usuários atendidos. Para isto em todas as consultas sempre foi explicado para todos os usuários, sobre a importância da saúde bucal no controle desta doença pela prevenção de possíveis complicações, assim como nos atendimentos odontológicos, onde a odontóloga e a sua auxiliar tiveram um papel fundamental. Também nos apoiamos no grupo de hipertensos e diabéticos e nas palestras.

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

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

Em relação à proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, se cumpriu a meta prevista de 100% nos 74 usuários atendidos, favorecendo as mesmas ações já explicadas anteriormente.

4.2 Discussão

A intervenção em minha UBS propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos da área, a melhoria dos registros, a qualificação na atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos, e a estratificação do risco cardiovascular para ambos os grupos, assim como o incremento nas ações de promoção e prevenção nestes grupos.

Foi muito importante a intervenção para a equipe, pois ficou mais preparada para dar resposta a todas as necessidades da população alvo, para

isto teve que se capacitar para seguir as recomendações do Ministério da Saúde segundo os protocolos de HAS e DM, relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento destas doenças. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, das técnicas de enfermagem e da recepcionista fundamentalmente. Onde a médica e a enfermeira foram as responsáveis pelas capacitações nos diferentes temas, obteve a participação da maioria dos profissionais da unidade no rastreamento e cadastramento dos dados. Realizou-se o atendimento clínico e acompanhamento destes usuários principalmente pela médica e a enfermeira, cuidando o cumprimento da atenção de qualidade em todos os aspectos desenvolvidos. As duas técnicas de enfermagem realizaram a revisão dos registros do programa semanalmente, para identificar os diferentes problemas, entregando os faltosos às agentes comunitárias para a busca ativa, que logo com ajuda da recepcionista e a enfermeira agendariam as consultas. Assim como todos os membros da equipe de uma forma ou de outra ficaram envolvidos nas atividades de promoção.

Teve grande importância também para o serviço, pois antes da intervenção as atividades da atenção aos hipertensos e diabéticos eram concentradas na médica. Este processo reviu as atribuições da equipe, viabilizando o atendimento qualificado de um maior número de pessoas. A melhoria do registro e os agendamentos destes usuários, levou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. Além de que permitiu conhecer melhor grande parte do universo da população alvo com a qual trabalhamos e atualizar seus dados. Também a classificação de risco destes grupos foi vital para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos, assim como as diferentes atividades de orientação em saúde influenciaram positivamente na compreensão da importância da assistência às ações desenvolvidas na UBS, começando pelas consultas.

Entretanto o impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos ficaram satisfeitos pelo atendimento prioritário e qualificado, porém às vezes gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade, que ainda desconhecem o motivo da priorização e da demora. Apesar da ampliação da cobertura do programa, que

até agora chegou até 60%, ainda temos que continuar as ações para atingir 100% destes usuários.

Se fosse realizar a intervenção neste momento, acho fundamental manter mais contato com a comunidade e a suas lideranças, para que os critérios da priorização da atenção nestes usuários chegassem a ouvidos de todos, e discutir mais opções de como implementar isto com a sua ajuda.

Ao chegar ao final do projeto, chegamos à conclusão de que é viável que a intervenção seja incorporada à rotina do serviço, pela importância que tem na sua contribuição no incremento da qualidade de vida destes usuários. Para isto o primeiro passo é ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização na atenção dos hipertensos e diabéticos, especialmente os de alto risco, devido ao grande número destes usuários na comunidade, e que a cada dia são diagnosticados em idades mais precoces. Também devemos fazer maior divulgação sobre as atividades coletivas desenvolvidas como os Grupos de HAS e DM, assim como pelo mais recente Grupo de atividades Físicas, para conseguir a cada dia maior assistência nos mesmos, encontros fundamentais para ajudar mudar estilos de vida inadequados.

Desde já vamos continuar implementando nosso projeto, até atingir a meta de 100% dos hipertensos e diabéticos da área. E, tomando este como exemplo, pretendemos realizar outra intervenção no programa de pré-natal na UBS, também de grande relevância por sua influência no desenvolvimento adequado das crianças, durante e no pós-parto.

5 Relatório da intervenção para gestores

Durante três meses se realizou na ESF Promorar uma intervenção com hipertensos e diabéticos da área, pois notamos a pouca população com estas doenças que era acompanhada na unidade, embora existisse um grande número destes usuários na comunidade. Muitos preferiam se consultar direto com os especialistas e pensavam que com uma consulta no ano era suficiente em todos os casos, ou não tinham dinheiro para pagar e tampouco compareciam à unidade, pois aparentemente estavam bem. Também acontecia que chegavam à UBS depois de terem sido consultados no Hospital por urgência, devido a uma complicação.

Por isto, planejamos um cronograma que incluíram várias atividades como a capacitação dos profissionais da equipe baseado nos protocolos de HAS e DM, o que foi realizado uma vez por mês na UBS na sala de reuniões. Teve-se contato com as lideranças comunitárias e a comunidade, também foi planejado para ser feito uma vez por mês na igreja, o que contribuiu na demonstração da importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; se abordou sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes; sobre a importância das consultas de controle e a periodicidade preconizada para a realização das mesmas. Reforçaram-se as atividades dos grupos de HAS e DM, onde se conseguiu realizar regularmente na comunidade, sendo a responsável principal a nutricionista e a médica, mostrando para os usuários e seus familiares como deve ser uma alimentação saudável, e seu acompanhamento com exercícios físicos regularmente; assim como sobre os malefícios do tabagismo e a importância da saúde bucal.

Foram feitos os atendimentos diários nestes usuários, detalhando nas suas consultas o exame físico completo, a realização dos exames complementares em dia, a prescrição dos medicamentos priorizando o uso dos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA, e classificando o risco cardiovascular da pessoa. Foram cadastrados todos os usuários atendidos, e recolhidos todos os dados necessários para monitorar e avaliar depois a intervenção. No caso dos faltosos às consultas foram buscados 100% deles pelas agentes comunitárias de saúde.

Ao final da intervenção conseguimos alcançar a meta de cobertura de 60% destes usuários, 301 hipertensos e 74 diabéticos; assim como um incremento notável nos diferentes indicadores propostos, o que se traduz em um aumento da qualidade de vida nestas pessoas, já que a maioria agora está mais preparada e tem um pouco mais de conhecimento sobre como deve ser a sua alimentação, que devem realizar atividade física regular; sobre a importância de comparecer às consultas de controle, e que sejam revisados nelas os seus pés, pulsos e a sua sensibilidade; fazer os exames solicitados; tomar diariamente a medicação; cuidar da saúde bucal; e reduzir até eliminar o tabagismo, onde vários usuários estão em terapia antitabáquica.

Nestes resultados influenciaram positivamente os convênios do SUS, assim como as gestões e trabalho da Secretaria de Saúde do município, que permitiram, por exemplo, a realização de todos os exames complementares solicitados aos usuários sem dificuldades, assim como a existência regular na Farmácia Popular/HIPERDIA da maioria das medicações para estas doenças. Também a incorporação paulatina do NASF, onde já contamos com uma educadora física na comunidade para dar apoio a estes grupos de HAS e DM.

Realmente apreciamos a satisfação da população envolvida e seus familiares com as diferentes ações realizadas, mas ainda assim apresentamos dificuldades na participação comunitária em algumas atividades, no qual devemos seguir trabalhando com apoio da população, para que cheguem a todos nosso propósito de melhorar a atenção e qualidade de vida destas pessoas, onde todos devemos nos sensibilizar, pois na maioria das casas tem alguém que sofre de uma ou das duas doenças.

Pelos resultados favoráveis obtidos nas diferentes metas propostas, que demonstraram um incremento na qualidade de atenção destes usuários, e no número de hipertensos e diabéticos que foram acompanhados na UBS, e que no começo era muito menor, achamos que se poderia colocar a intervenção como parte da rotina de nosso serviço, para atingir 100% desta população e logo manter o alcançado; o que também poderia ser estendido a outras ações programáticas na unidade, por exemplo, na atenção ao pré-natal, sempre com o apoio dos gestores e da comunidade.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Durante três meses foi realizado em nossa unidade ESF Promorar um trabalho de intervenção, que envolveu as pessoas com hipertensão e diabetes da comunidade. Elas foram escolhidas por constituir uma grande parte da nossa população e porque a hipertensão e o diabetes a cada dia atingem maior número de pessoas; onde a mudança nos estilos de vida pouco saudáveis, sobretudo na alimentação e no nível de atividades físicas, influencia positivamente tanto para evitar o aparecimento cedo de complicações, como na melhoria da qualidade de vida.

Para isto realizamos várias atividades que incluíram a capacitação dos profissionais da equipe baseado nos protocolos de HAS e DM, que foi realizado uma vez por mês na UBS na sala de reuniões. Teve-se contato com as lideranças comunitárias e a comunidade, também planejado para ser feito uma vez por mês na igreja, o que contribuiu na demonstração da importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; se abordou sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes; sobre a importância das consultas de controle e a periodicidade preconizada para a realização das mesmas. Reforçaram-se as atividades dos grupos de HAS e DM, onde se conseguiu realizar eles regularmente na comunidade, sendo a responsável principal a nutricionista e a médica, mostrando para os usuários e seus familiares como deve ser uma alimentação saudável, e seu acompanhamento com exercícios físicos regularmente; assim como sobre os malefícios do tabagismo e a importância da saúde bucal.

Foram feitos os atendimentos diários nestes usuários, detalhando nas suas consultas o exame físico completo, a realização dos exames complementares em dia, a prescrição dos medicamentos priorizando o uso dos da Farmácia Popular/HIPERDIA, e classificando o risco cardiovascular da pessoa. Foram cadastrados todos os usuários atendidos, e recolhidos todos os dados necessários para monitorar e avaliar depois a intervenção. No caso dos faltosos às consultas foram buscados 100% deles pelas agentes comunitárias de saúde.

Foram atendidos ao final da intervenção 60% destes usuários, sendo um total de 301 hipertensos e 74 diabéticos, que agora estão mais preparados e

tem um pouco mais de conhecimento sobre como deve ser a sua alimentação, que devem fazer atividade física regular; da importância de fazer às consultas de controle, e que sejam revisados nelas os seus pés, pulsos e a sua sensibilidade; fazer os exames solicitados; tomar diariamente a medicação; cuidar da saúde bucal; e reduzir até eliminar o tabagismo, onde vários usuários estão em tratamento para parar de fumar.

Realmente apreciamos a satisfação da população envolvida e seus familiares com as diferentes ações realizadas, mas ainda assim apresentamos dificuldades na participação comunitária em algumas atividades, no qual devemos seguir trabalhando com apoio da população, para que chegue a todos nosso propósito de melhorar a atenção e qualidade de vida destas pessoas, onde todos devemos nos sensibilizar, pois na maioria das casas tem alguém que sofre de uma ou das duas doenças.

Pelos resultados favoráveis obtidos nas diferentes metas propostas, que demonstraram um incremento na qualidade de atenção destes usuários, e no número de hipertensos e diabéticos que foram acompanhados na UBS, e que no começo era muito menor, achamos que se poderia colocar a intervenção como parte da rotina de nosso serviço, para atingir 100% desta população e logo manter o alcançado. Para isto vamos precisar do apoio da comunidade, que vai nos ajudar com a sua presença nas atividades, na divulgação das mesmas, e vai notar a diferença do bem-estar ao adotar as mudanças saudáveis nos estilos de vida, o que os vai motivar como tem feito com a maioria dos participantes da intervenção, a continuar se cuidando e ao mesmo tempo prezar pela saúde dos demais.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O desenvolvimento de meu trabalho no curso foi bom, pois, realizei todas as tarefas tentando me esforçar para que ficassem com qualidade e ao mesmo tempo aprender delas, fazendo as correções sugeridas pela orientadora nos casos necessários. Achei a metodologia do curso bastante completa e organizada, pois ainda sendo a distancia, permitiu estar em constante interação com os orientadores e alunos nos diferentes espaços que propiciou, como os fóruns, o que favoreceu muito na troca de opiniões e aprendizagem.

Em relação as minhas expectativas no começo da especialização, foram cumpridas, pois, o curso me serviu para aprofundar e atualizar meus conhecimentos na prática profissional, já que orientou sobre os protocolos de atuação da Medicina da Família no Brasil, aspecto muito importante para nosso trabalho diário, ainda mais porque vim de outro país onde mudam algumas questões na prática médica.

Gostei muito dos casos clínicos, que contribuíram na ampliação das minhas habilidades para lidar com as situações mais diversas na comunidade. Foi uma experiência interessante com a comunidade, a qual não estava acostumada à realização de atividades de caráter coletivo no nível de bairro, sendo um desafio para conseguir a sua participação, o que pode continuar a acontecer, porém, continuamos trabalhando nesse sentido.

Além disso, me permitiu organizar melhor meu trabalho na UBS, conhecendo mais o estado de saúde da minha população, para poder intervir nos problemas fundamentais e incrementar a cada dia mais o bem-estar e qualidade de vida da mesma.

Referências

BRASIL, Cadernos de Atenção Básica-MS- n.15: Hipertensão Arterial Sistêmica. Brasília-DF, 2006. Pag. 7

BRASIL, Cadernos de Atenção Básica-MS- n. 16: Diabetes Mellitus. Brasília-DF, 2006. Pag. 35

MedCurso Endocrinologia Volume 3. Capítulo 1 Diabetes Mellitus. MedyKlin Editora, 2010. Pag. 27

PORTO, C. et al. Vademecum de Clínica Médica, 3ª ed, Rio de Janeiro, 2010. Pag. 265, 523

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

2014_11_06 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Exibição Protegido] - Microsoft Excel

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Modo de Exibição Protegido Este arquivo foi originado de um local da Internet e pode não ser seguro. Clique para obter mais detalhes. Habilitar Edição

C5

Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)		→	Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACSISF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)		→	Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACSISF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	OBSERVAÇÕES
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção					
DIABÉTICOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4	
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção					Considere as pessoas que são APENAS DIABÉTICOS residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

*Estimativa no território

População total

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da população)

Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS

Esta seria o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número...

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

2014_11_06 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Exibição Protegido] - Microsoft Excel

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Modo de Exibição Protegido Este arquivo foi originado de um local da Internet e pode não ser seguro. Clique para obter mais detalhes. Habilitar Edição

C4

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1												
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista da Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente é faltoso às consultas e consultas de acordo com protocolo	
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

