

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBS Santo Antônio, Não Me Toque/RS**

Jose Enrique Pena Santos

Pelotas, 2015

Jose Enrique Pena Santos

**Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica
e/ou Diabetes Mellitus na UBS Santo Antônio, Não Me Toque/RS**

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

Orientador: Marcos Fábio Turra

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

S237m Santos, José Enrique Peña

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Santo Antônio, Não Me Toque/RS / José Enrique Peña Santos; Marcos Fábio Turra, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

75 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. Turra, Marcos Fábio, orient. II. Título

CDD : 362.14

À população da UBS Santo Antônio, por ter participado da intervenção. À minha equipe de trabalho, e meu orientador do curso Marcos Fábio Turra, por ter me apoiado em tudo.

Agradecimentos

À minha equipe de trabalho, e meu orientador do curso Marcos Fabio Turra por ter tanta perseverança, paciência, e por sua ajuda e compreensão em todo momento.

Resumo

SANTOS, José Enrique Pena. **Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Santo Antônio, Não Me Toque/RS.** 2015. 74f. 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.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são graves problemas de saúde pública, e que acarretam, quando não tratados e acompanhados adequadamente, muitos casos de morbimortalidade, podendo deixar sequelas que afetam a qualidade de vida da pessoa. Na UBS Santo Antônio estavam cadastradas 402 (59%) pessoas com hipertensão e 90 (47%) com diabetes, mas, os atendimentos não estavam organizados. Assim, justifica-se a realização da intervenção neste grupo de usuários na Unidade de Saúde Santo Antônio, no município de Não Me Toque, haja vista a carência de bons indicadores relativos aos cuidados da população com hipertensão e diabetes. A intervenção foi realizada no período de 12 semanas, e para o monitoramento da intervenção utilizou-se à ficha-espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso. A intervenção teve como objetivo melhorar a atenção à saúde aos usuários maiores de 20 anos com Hipertensão e diabetes. Os resultados obtidos mostram as melhorias, na área adstrita à unidade de saúde, ao final da intervenção, alcançou-se a cobertura de 348 usuários com hipertensão (86,6%), 78 usuários com diabetes (86,7%), superando a meta estabelecida de 85%. Também foi alcançado 100% de exames clínicos apropriados, foi garantido exames complementares a 346 hipertensos (99,4%) e a todos os 78 diabéticos (100%), foi garantido a prescrição de medicamentos da farmácia popular a todos os usuários, foram avaliados para necessidade de tratamento em saúde bucal a 346 hipertensos (99,4%) e todos os 78 diabéticos (100%). Também houve ações que beneficiaram a adesão ao tratamento dos usuários, ações de promoção em saúde, e de engajamento público. Houve um monitoramento e avaliação constantes das ações promovidas e melhorias nas formas de registro, assim como visitas domiciliares. A equipe também se beneficiou, pois recebeu capacitações sobre as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde e treinamento para promover um melhor atendimento à população. Assim, a unidade de saúde obteve melhorias na forma de atendimento e esta intervenção servirá de modelo para intervenções nos demais grupos prioritários.

Palavras-chave: atenção primária à saúde; saúde da família; hipertensão arterial sistêmica; diabetes mellitus; doenças crônicas.

Lista de Figuras

Figura 1	Primeiro encontro com o grupo de usuários	45
Figura 2	Primeiro encontro com grupo de usuários	45
Figura 3	Primeiro encontro com grupo de usuários.	46
Figura 4	Segundo encontro com grupo de usuários.	46
Figura 5	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	52
Figura 6	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	52
Figura 7	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.	54
Figura 8	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	57
Figura 9	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia	57
Figura 10	Proporção de hipertensos e diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.	60

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
EaD	Educação a distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
PMM	Programa Mais Médicos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	18
2 Análise Estratégica	19
2.1 Justificativa.....	19
2.2 Objetivos e metas.....	21
2.2.1 Objetivo geral.....	21
2.2.2 Objetivos específicos e metas	21
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Detalhamento das ações	23
2.3.2 Indicadores	33
2.3.3 Logística.....	39
2.3.4 Cronograma.....	42
3 Relatório da Intervenção.....	44
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	44
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	47
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	48
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	48
4 Avaliação da intervenção.....	49
4.1 Resultados	49
4.2 Discussão.....	60
5 Relatório da intervenção para gestores	63
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	65
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	67
Referências	68
Anexos	69
Anexo A - Documento do comitê de ética	70

Apresentação

O presente trabalho de conclusão de curso teve como objetivo geral melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM), na UBS Santo Antônio, município de Não Me Toque/RS. Na primeira seção será apresentada a análise situacional sobre a situação da unidade de saúde Santo Antônio no município de Não Me Toque/RS, o relatório da análise situacional e um parágrafo comparativo entre o texto inicial da análise inicial e o relatório final da análise situacional. Na segunda seção será descrita a análise estratégica que aborda a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma de execução do projeto de intervenção. A terceira seção é composta pelo relatório da intervenção onde serão apresentadas as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e, por fim, a análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço. Na quarta seção será contemplada a avaliação da intervenção, na qual serão apresentados os resultados, a discussão, na quinta e sexta seções o relatório entregue aos gestores e o relatório a ser apresentado à comunidade local. Na sétima seção será apresentada a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e, posteriormente, a bibliografia utilizada durante a elaboração do trabalho, bem como os anexos e apêndices que foram utilizados e produzidos durante a intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho na ESF Santo Antônio no município Não me Toque, que possui uma população aproximadamente de 17000 habitantes. Possui quatro indústrias de produção de máquinas agrícolas. Durante o dia, a população aumenta até aproximadamente 23000 pessoas pelos empregos que oferecem as indústrias. Possui dois hospitais que não fazem pronto atendimento de dia, somente de noite. Em minha unidade eu trabalho com duas enfermeiras e uma técnica em enfermagem. Também há dentista, auxiliar de dentista, 4 agentes de saúde, uma secretária e uma auxiliar de limpeza. A unidade tem uma sala de palestras as quais por problemas de demanda de consultas muitas ocasiões não é usada como poderia ser. Tem uma pequena sala de observação com dois leitos, quatro banheiros, dois para os trabalhadores e dois para os usuários, tem também banheiro para cadeirante e ainda não tem uma entrada para ambulância. Possui boas condições físicas.

As visitas domiciliares se fazem uma vez por semana, na quarta-feira, somente de manhã. Mas muitas ocasiões não alcançam o tempo previsto porque temos que voltar para unidade para prestar atendimento a alguma urgência. Nossa população é de 3027 usuários, e é uma população em que predominam usuários de droga, álcool, maconha, crack. À noite há muita insegurança, mas de dia é tranquilo. Estamos prestando atendimento a aproximadamente 15 usuários de manhã e 15 a 17 de tarde. Para mim, é um desafio que estou disposto a fazer. O número de gestantes é de aproximadamente 21, que realizam atendimento na unidade básica de saúde desde sua captação até as 28ª semanas, depois passam ao atendimento com o ginecologista, e a gestante com risco são encaminhadas para ele quando

precisam para que ele encaminhe para alto risco se é necessário já que nosso município possui apenas um ginecologista que faz atendimento pelo SUS.

Nossa unidade esta usando o prontuário eletrônico e creio ser muito bom para eliminar um pouco de documentos pouco necessários. Ainda temos dificuldades com os encaminhamentos das unidades básicas de saúde para os serviços de atenção secundária, mas algo que se pode ser resolvido pela secretaria de saúde de nosso município.

Nós também participamos de atividades programadas pela secretaria de saúde, como as férias de saúde onde se fazem diferentes serviços na unidade básica de saúde, para que as pessoas tenham uma participação em diferentes atendimentos, como exemplo: massagem, palestras sobre doenças frequentes como câncer de mama, diabetes, hipertensão, ITS, HIV, Tuberculose, hanseníase, e muitas outras.

Temos perto de nós uma escola de incapacitados físicos e mentais. Temos um serviço de transporte que leva a nossos usuários a hospitais de outro município para atendimento em especialidades que não possuímos em nosso município, como ortopedia, oftalmologia, dermatologia, urologia, reumatologia, endocrinologia. Ainda que em nosso município tenha duas estruturas hospitalares, não contamos com essas especialidades, algo pelo qual temos que lutar para conseguir um melhor atendimento à nossa população.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Eu trabalho na ESF Santo Antônio no município Não me Toque, que possui uma população aproximadamente de 17000 habitantes. Nosso município conta com sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), e destas, três são Estratégia de Saúde da Família (ESF). Não tem disponibilidade de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e não tem Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). Possui quatro indústrias de produção de máquinas agrícolas. Durante no dia, a população aumenta até aproximadamente 23000 pessoas pelos empregos que oferecem as indústrias. Possui dois hospitais que não fazem pronto atendimento de dia, somente de noite, os quais tem convênio com os SUS e fazem pronto atendimento depois das 19:00hrs, e possuem aproximadamente 76 leitos para fazer internamentos. Alguns

exames também precisam ser realizados fora do município, como tomografia, ressonância magnética, endoscopia e outros de característica mais simples.

A unidade em que trabalho está em uma zona urbana. Nela não existe vínculo com as instituições de ensino. Eu sou o médico da unidade e trabalho com duas enfermeiras e uma técnica em enfermagem. Também há dentista, auxiliar de dentista, 4 agentes comunitárias de saúde, uma secretária e uma auxiliar de limpeza. A unidade tem uma sala de palestras, a qual por problemas de demanda de consultas, muitas vezes acaba não sendo utilizada. Tem uma pequena sala de observação com dois leitos, quatro banheiros, dois para os trabalhadores e dois para os usuários, além de ter também banheiro para cadeirante e ainda não tem uma entrada para ambulância. Não tem sala de vacinas, portanto, as vacinas são feitas em outra UBS, local onde fazem vacinas para as três UBS no Município. Conta com sala de curativos, e uma sala de consulta médica e de odontologia. Possui boas condições físicas que permitem um bom acolhimento da população. Temos recursos que distribuímos para a população, principalmente a de risco, como preservativos, comprimidos anticoncepcionais, anticoncepcionais intramusculares, garante-se medicações para uso dos diabéticos, insulina NPH, insulina regular, glibenclamida, metformina 500mg e 850mg. Também se garante o uso de medicamentos procedentes do governo para determinadas doenças. Com relação à acessibilidade, a rua em frente da unidade é a única que não tem pavimento uns 50 metros, nossa unidade não tem escadas, tem corrimãos na entrada, mas não tem no interior da unidade para ajudar os idosos.

Na UBS fazemos uma reunião da equipe na quarta-feira de manhã. Os temas das reuniões são, principalmente, a organização do processo de trabalho para a próxima semana, o planejamento das ações, a construção da agenda de trabalho, a análise de casos da semana, os casos que precisam de atendimento mais urgente, o planejamento das atividades dos grupos, entre outros temas que precisem ser abordados. Em nossa unidade básica não se fazem procedimentos de cirurgia, só fazemos suturas de emergência. Temos uma boa distribuição os recursos como seringas, medicações de uso intramuscular, endovenoso e oral. As visitas domiciliares se fazem uma vez por semana às pessoas acamadas e com doenças crônicas que não podem vir à consulta médica, ocorrem na quarta-feira, somente de manhã. Mas muitas ocasiões não alcançam o tempo previsto da visita, porque temos que voltar para unidade para prestar atendimento a alguma urgência.

Devido à falta de mais profissionais ou não acompanhamento na UBS de certos grupos prioritários, como gestantes e puericultura, causa um problema que é a falta de prevenção de algumas doenças, já que o seguimento em consulta com o especialista é péssimo, os riscos em ocasiões não são classificados corretamente e isso é uma forma de mau atendimento. O trabalho da equipe ainda tem dificuldades como é a falta de transporte para as visitas domiciliares, que ocorre frequentemente, mas os pontos fortes da equipe é a bondade na forma de trabalhar. Nossa unidade está usando o prontuário eletrônico e creio ser muito bom para eliminar um pouco de documentos pouco necessários. Ainda temos dificuldades com os encaminhamentos das unidades básicas de saúde para os serviços de atenção secundária, mas algo que pode ser resolvido pela secretaria de saúde de nosso município.

Nós também participamos de atividades programadas pela secretaria de saúde, como as férias de saúde, onde se fazem diferentes serviços na unidade básica de saúde, para que as pessoas tenham uma participação em diferentes atendimentos, como exemplo: massagem, palestras de doenças frequentes como câncer de mama, diabetes, hipertensão, ITS, AIDS, Tuberculose, hanseníase, e muitas outras.

Temos perto de nós uma escola de incapacitados físicos e mentais. Temos um serviço de transporte que leva nossos usuários a hospitais de outro município para atendimento em especialidades que não possuímos em nosso município, como ortopedia, oftalmologia, dermatologia, urologia, reumatologia, endocrinologia. Ainda que em nosso município tenha duas estruturas hospitalares, não contamos com essas especialidades, algo pelo qual temos que lutar para conseguir um melhor atendimento à nossa população.

Nossa população da área de abrangência é de aproximadamente 3027 usuários, e é uma população em que predominam usuários de droga, álcool, maconha, crack. À noite há muita insegurança, mas de dia é tranquilo. Presta-se atendimento a aproximadamente 15 usuários de manhã e 15 a 17 de tarde. Na área de minha unidade predominam as pessoas de idades mais avançadas 60-75 anos e o sexo feminino. O tamanho da população é adequado com a quantidade de trabalhadores. Damos prioridade às pessoas que tenham problemas de saúde mais urgentes e se oferece atendimento imediato, encaminhando para o hospital os casos que precisam. Porém, o hospital não conta com a presença de médico de plantão 24 horas.

Com relação aos excessos de demanda, a enfermeira promove uma escuta humanizada, buscando sanar a necessidade que o usuário apresente. Também faz uma avaliação dos usuários que apresentam doenças agudas que requerem de atendimento urgente e avalia para priorizar e fazer seu atendimento e se precisa encaminhar. Também a odontologia faz acolhimento do usuário, pela recepcionista na recepção e pela auxiliar de saúde bucal, priorizando as pessoas que tenham problemas de saúde bucal mais urgente, além do acolhimento ser feito por todas as pessoas, também é feito pelo médico na consulta. A principal forma de atendimento é a prevenção da família, mas tem muita importância a existência de um pronto socorro nos hospitais para assim melhorar o fluxo das UBS e desse jeito ter uma melhor atenção integral aos usuários que comparecem nas consultas médicas.

Com relação à saúde da criança, em minha unidade básica de saúde os usuários estão acostumados a utilizar a UBS como um pronto atendimento. Não tem registro de lactantes. No tempo em que eu trabalho nesta unidade, ainda não atendi nenhuma criança com carteira do Recém-Nascido. Não há um serviço de puericultura organizado na UBS, as crianças são atendidas por um pediatra que tem convênio com o SUS para 10 consultas por semana entre elas as de emergência, porque as consultas são feitas em a unidade básica de saúde. Oriento nas consultas as mães que se deve mudar a forma de entender a saúde, deixando de lado um antecedente de uma saúde curativa e não preventiva. As mães são orientadas sobre os cuidados com o Recém Nascido e com as crianças menores de 1 ano explicando sobre a amamentação materna exclusiva até os seis meses de vida. Muitas vezes não surte o resultado esperado, pois é necessário se orientar várias vezes. Mas é isso o que precisam fazer os profissionais da saúde: prevenção, promoção de saúde, para melhorar o atendimento, desde idades em que aparecem os riscos e perigos. Na minha unidade não há uma forma de registro específico, nem mesmo controle de monitoramento e avaliação das ações e da situação de saúde das crianças, não tem agendamento de consultas. Por isso, não conhecemos os dados reais, mas, segundo o caderno de ações programáticas estima-se 36 crianças menores de um ano residentes na área de abrangência. Não são desenvolvidas ações para uma melhor qualidade de vida. Podemos melhorar fazendo um planejamento das consultas vinculadas aos especialistas, pediatria, ginecologistas, também organizando as consultas periodicamente de mês em mês tanto de

puericultura como de gestantes, melhorando a qualidade do atendimento e desse jeito baixando o fluxo dos usuários nas consultas.

Quanto à atenção pré-natal e puerpério em minha UBS ainda falta mais planejamento nas consultas das gestantes, e todos nós temos que fazer um melhor esforço, principalmente em tratar de ganhar um espaço para as gestantes de nossa área. Esse trabalho é muito complicado, já que existem muitos problemas, como a consulta que acontece com apenas um especialista, que possui convênio com o SUS, ou seja, apenas um especialista para o município. O número das gestantes é de aproximadamente 21, que realizam atendimento nas unidades até 28ª semana, depois passam ao atendimento do ginecologista, sendo que nosso município possui apenas um que faz atendimento pelo SUS. Mas a estimativa do CAP é 45 gestantes residentes na área de abrangência, logo a cobertura é 46%. A falta de acompanhamento das gestantes na UBS causa problemas no serviço prestado, pois não são enfatizados a prevenção, educação em saúde, não são classificados corretamente os fatores de risco, entre outros. Eu estou seguro de que deixando somente as interconsultas para o ginecologista poderia melhorar muito a qualidade do acompanhamento das gestantes e sua saúde. A gestante deve receber orientações dos profissionais que trabalham com saúde para uma melhor dieta, fatores de risco modificáveis, obesidade, baixo peso (desnutrição), anemia, deve haver uma orientação para a revisão de exames, e revisão odontológica. Para vacinação, não temos uma sala destas em minha unidade, e isso faz que muita informação se perca, tanto em gestantes uníparas como múltiplas. É de muita importância que nossas gestantes tenham um grupo onde participem com um profissional de saúde que façam conversas coletivas com elas, e falem como deve ser atenção pré-natal e puerpério, isso modifica o jeito de pensar e o conhecimento delas nas questões mais simples. Em nosso município há um grupo de gestantes, mas fica em outra unidade de saúde. Em relação ao período do puerpério elas também assistem com o ginecologista e o Recém Nascido com o pediatra. Em muitas poucas oportunidades eu como médico dessa área faço atendimento a elas.

Em nossa unidade básica, com relação à prevenção de câncer de colo de útero e de mama, fazemos seguimento das usuárias com uma vida sexual ativa, e as que têm algum tipo de patologia de mama ou colo de útero, sendo isso uma prioridade para a enfermagem em fazer e ter um registro das mulheres em idade de 25 e 64 anos, principalmente onde aparece essa doença, faz-se um exame periódico

preventivo de colo de útero (citologia), acompanhado de mamografias, principalmente para as mulheres com os fatores de risco, como obesidade, antecedentes familiares de câncer de mama, ou outros tipos de câncer, e mulheres com antecedentes familiares. A cobertura não é muito boa, ainda que em nosso município há uma elevada prevalência de câncer de mama, maior do que de colo de útero.

A coleta do preventivo é feita pela enfermagem dois dias por semana, agendando sempre aquelas mulheres com fatores de risco antes mencionados, também em mulheres com uma vida sexual ativa desde muito jovens, e com antecedentes de infecções sexuais, e ainda não contamos com equipes de seguimento. Depois quando os resultados estão prontos passam para o médico para avaliação e tratamento, avaliando-se o caso e, se tem alguma alteração, o médico encaminha para ginecologista. Não contamos em nosso município com registros de seguimento, e só contamos com o ginecologista, que faz maior parte dos casos, com exceção dos casos que precisem outra avaliação. As dificuldades que temos é a perda do acompanhamento depois que é diagnosticado o câncer. A usuária é avaliada e encaminhada para serviço de oncologia. A estimativa do CAP é de 833 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área de abrangência e 312 entre 50 e 69 anos, mas, como os registros não estão atualizados, não conhecemos os dados reais.

Em minha unidade é oferecido o serviço de atenção ao hipertenso e diabético. Temos um grupo de hipertensos e diabéticos de aproximadamente 25 pessoas. Eu e minha equipe de trabalho fazemos palestras uma vez por mês no grupo. Geralmente participam de 14 a 17 pessoas em cada encontro, isso faz com que nosso atendimento e nosso seguimento não sejam sistemáticos, com um acompanhamento adequado e os registros não sejam os mais atualizados. Também entregamos os medicamentos para hipertensão e diabetes. Pela alta demanda espontânea de nossa unidade de saúde, não se pode fazer um registro tão amplo para o controle dos exames que estão atrasados nestes usuários, pois o atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos é feito com os que chegam por demanda espontânea ou que agendamos nas visitas domiciliares, pela idade ou por doenças crônicas e comprometimento físico, não podem trasladar-se para consultar na unidade de saúde. Em nossa unidade se faz um encontro mensal com os usuários hipertensos e os diabéticos, onde se explicam muitos temas de importância

nestas doenças para evitar os riscos e as complicações das mesmas. A unidade não conta com um registro específico das doenças crônicas e tampouco tem uma pessoa responsável pelo planejamento, avaliação e monitoramento das ações. É, por este motivo, muito difícil obter informação e dados por causa desse problema de falta de registros em nossa unidade básica. A estimativa do CAP é de 677 pessoas com hipertensão, enquanto 402 (59%) estão cadastradas. E quanto ao diabetes, a estimativa do CAP é de 193 pessoas, enquanto 90 (47%) estão cadastradas.

Em minha UBS não contamos com um planejamento das consultas dos idosos, só se atende de forma espontânea, e isso faz com que a qualidade da consulta não seja boa, não tem um registro de monitoramento das questões mais importantes da saúde do idoso, isto limita o seguimento em muitas questões. Não há protocolos de atendimento. A estimativa do CAP é de 413 pessoas idosas, enquanto 388 (94%) estão cadastradas. Os indicadores da saúde da pessoa idosa mostram muitas dificuldades, tendo como principal problema o pouco seguimento e a perseverança no processo do atendimento contínuo da saúde da terceira idade. Temos que priorizar o atendimento ao idoso nas unidades básicas de saúde, no seguimento das suas doenças crônicas e no trabalho de informações sobre estas as doenças e suas medicações.

Um dos maiores desafios hoje que apresenta minha unidade é melhorar atenção primária de saúde da família como principal objetivo, já que a família é o centro onde se desenvolve a vida e a fonte das principais crises das sociedades. Temos muitas mudanças desde que começamos a trabalhar com uma população com idioma diferente, jeito de pensar diferente, além disso, a mudança da realidade de minha unidade básica de saúde hoje é percebida, mesmo que tenhamos muita demanda espontânea, elevamos a qualidade da consulta, e o número de usuários vistos em consulta é maior. Tem-se um melhor conhecimento das questões mais importante, e se trabalha com elas, o nível e estado de opinião da população melhoram quanto à forma da consulta, se está visitando no domicílio as pessoas que não podem comparecer à unidade para consulta. Apesar do pouco tempo, pode-se perceber a diferença e pode fazer-se um comparativo de como melhorou a qualidade da atenção da família em minha comunidade. Com a análise situacional, buscamos identificar os principais problemas de nossa comunidade e nossa UBS, e desse jeito, poder melhorar e modificar os problemas que temos em nossa unidade. Faltam de registros médicos para determinadas doenças, câncer de mama, colo de

útero, pré-natal, idosos, e vacinas, doenças crônicas, epilepsia, pressão arterial, diabetes, Parkinson, artrites reumatoide, doenças do colágeno, sequelas de acidentes encefálicos, acidentes de trânsito, asma, em geral não se tem esse registro tão importante. A equipe já está ciente de que precisamos promover mudanças e disposta a colaborar sempre.

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

Com a análise situacional se detectaram os principais problemas de nossa UBS, assim podemos buscar mudanças para melhorar a qualidade da atenção básica nas comunidades e nas famílias, que são a unidade da sociedade e o equilíbrio na sociedade para uma melhorar a saúde e a qualidade de vida. Com a realização da análise situacional, identificamos problemas que antes não tínhamos percebido ou que percebemos superficialmente, além de já estarmos nos habituando com as diretrizes da atenção básica, do que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Conhecendo os problemas, podemos pensar nas soluções possíveis e na melhor forma de enfrentamento destes problemas, sempre buscando a melhoria na qualidade do atendimento em saúde da população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

O Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica são as duas doenças mais comuns nos países industrializados, e a frequência dessas duas patologias nessas populações aumentam com a idade. Cerca de 2 a 3 milhões de americanos têm diabetes e hipertensão, e a associação dessas duas doenças aumenta consideravelmente o risco de morbidade e mortalidade (BRASIL, 2006). Estima-se que 35% a 75% das complicações do diabetes possam ser atribuídos à hipertensão, sendo que sua prevalência é particularmente alta nas pessoas diabéticas do tipo 1. No Brasil, são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos ou mais. E esse número é crescente. As pessoas estão padecendo cada vez mais precocemente, e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras de hipertensão arterial. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial, assim como a Diabetes Mellitus são um problema de saúde pública (BRASIL, 2006).

A ESF Santo Antônio situa-se no município Não me Toque, que possui uma população de aproximadamente 17000 habitantes. Situa-se em uma zona urbana. A população adstrita é de aproximadamente 3027 usuários. Eu sou o médico da unidade e trabalho com duas enfermeiras e uma técnica em enfermagem. Também há dentista, auxiliar de dentista, 4 agentes de saúde, uma secretária e uma auxiliar de limpeza. Tem uma pequena sala de observação com dois leitos, quatro banheiros, dois para os trabalhadores e dois para os usuários, além de ter também banheiro para cadeirante. Ainda não tem uma entrada para ambulância. Não tem sala de vacinas, portanto, as vacinas são feitas em outra UBS, a qual realiza as vacinas para um total de três UBS no município. Conta com sala de curativos, e uma

sala de consulta médica e uma de odontologia. Possui boas condições físicas, o que permite um bom acolhimento da população.

A unidade oferece o serviço de atenção ao hipertenso e diabético. Temos um grupo de hipertensos e diabéticos de aproximadamente 25 pessoas que acompanham os trabalhos. Eu e minha equipe de trabalho fazemos trabalhos com grupos de usuários uma vez por mês. Às vezes, só participam de 14 a 17 pessoas em cada encontro, ainda não cumprindo nosso objetivo, que é dar orientação e educação para estas doenças da comunidade. Isso faz com que nosso atendimento e nosso seguimento não sejam sistemáticos, com um acompanhamento inadequado e os registros não sejam os mais atualizados. Também entregamos os medicamentos para hipertensão e diabetes. Na nossa área há 402 pessoas com hipertensão e 90 com diabetes, cadastradas.

A intervenção de saúde em nossa unidade básica tem como objetivo melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão; orientar sobre como prevenir as complicações da hipertensão e diabetes, os fatores de risco da população de nossa área e intervir diretamente nas principais dificuldades de controle das doenças, incluindo a falta de prevenção, desde a base do atendimento primário até o secundário, e influir na forma de pensar do usuário, melhorando as condições para ter um melhor enfrentamento destas doenças. Outro principal objetivo de nossa intervenção é melhorar o seguimento dos usuários diabéticos e hipertensos, e também o controle das doenças. Além disso, ainda faltam muitas ações por fazer para melhorar a cobertura dos usuários de nossa população que padecem destas doenças, para o qual esperamos, com este trabalho, contribuir para educar usuários hipertensos e diabéticos de nossa área, aprendendo mais de sua condição e elevando seu nível de conhecimento sobre os fatores de riscos e complicações. Temos uma equipe empenhada que se dedicará muito para colher os resultados que pretendemos.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Santo Antônio, Não Me Toque/RS

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

Meta 1.2 Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade Básica de Saúde Santo Antônio, do município de Não Me Toque/RS. Participarão da intervenção as pessoas com hipertensão e com diabetes, ambos maiores de 20 anos, residentes da área de abrangência da UBS.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1- Ampliar a cobertura da saúde dos hipertensos e diabéticos.

Eixo: Monitoramento e avaliação.

Ação:

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

Detalhamento:

A recepcionista ficará responsável por verificar o cadastro do usuário no sistema e-SUS, cadastrando-o se ainda não estiver. Também, toda a informação e cadastros que os agentes comunitários realizarem serão adicionados ao sistema do e-SUS para manter os dados atualizados e poder promover monitoramento.

O cadastramento ocorrerá mediante o atendimento clínico. Também será monitorado o número de hipertensos e diabéticos através dos registros nas fichas espelhos. A recepcionista, com o acompanhamento da enfermeira, será a responsável pelo monitoramento, que acontecerá a cada quinze dias.

Eixo: Organização e gestão do serviço.

Ação:

Garantir o registro dos hipertensos e os diabéticos cadastrados no Programa.

Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM.

Garantir material adequado (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e a realização de hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento:

O atendimento do usuário hipertenso e diabético na unidade de saúde começa com o acolhimento deste pela enfermagem e técnicas de enfermagem, depois o médico verificará se ele já foi registrado e cadastrado, e em caso negativo, serão adicionados seus dados no registro de hipertensos e diabéticos, garantindo que todos os hipertensos e diabéticos tenham seus registros garantidos.

O acolhimento ocorrerá todos os dias, sendo a enfermeira e técnica de enfermagem quem serão as responsáveis. Todas as pessoas que forem à unidade serão recebidas com escuta humanizada, ouvindo suas necessidades e decidindo qual a melhor forma de saná-la. Se for um caso de urgência ou emergência, o usuário será atendido no mesmo turno de trabalho. Em caso de problemas não urgentes, será marcada uma consulta o mais breve possível. E as informações sobre o programa de hipertensos e diabéticos será oferecido a todos os usuários. Após as consultas, todos sairão com a consulta de retorno já agendada.

A enfermeira será responsável por garantir material adequado para o bom andamento da intervenção. Ela solicitará ao gestor todo material e equipamento que estiver em falta, explicando a necessidade de se ter os recursos para o bom andamento do programa do hipertenso e diabético e o bom atendimento da população.

Eixo: Engajamento Público.**Ação:**

Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 140/90 mmHg.

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

Detalhamento:

As informações e orientações à comunidade serão levadas por todos os profissionais à população. As agentes comunitárias de saúde terão um papel fundamental nesta função, pois elas estão em contato direto com a comunidade, nos espaços comuns e domicílios. Nas reuniões de equipe, o médico indicará as agentes comunitárias de saúde para que informem os usuários nas visitas domiciliares à

existência do programa. Também as atividades de grupos que serão realizadas para fazer orientações aos usuários, onde terá a participação tanto do médico como de toda a equipe, servirão para dar uma melhor informação aos usuários da importância de conhecer e rastrear, as complicações e fatores de riscos da pressão arterial e diabetes.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

Ação:

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

Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma correta, e capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste.

Detalhamento:

A capacitação ocorrerá nas primeiras semanas da intervenção, aproveitando o período de reunião de equipe, acontecendo ao final do expediente, com duração de aproximadamente uma hora, acontecendo sempre na própria UBS. Participará o médico e a enfermeira, que serão os responsáveis pela capacitação, explicando corretamente para todo o pessoal da equipe.

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação.

Ação:

Monitorar a realização de exame clínico dos pacientes hipertensos e diabéticos.

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

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento:

O exame clínico será feito pela enfermeira e pelo médico. Também o médico irá avaliar e monitorar os exames laboratoriais indicados nos usuários. Este

monitoramento será realizado através da análise de prontuários e ficha espelho, e acontecerá a cada vez que o médico atender um usuário, avaliando o seu prontuário, e a cada quinze dias revisando as fichas espelho.

O monitoramento do acesso aos medicamentos dos usuários hipertensos e diabéticos será feito pela farmacêutica da farmácia popular, que informará à equipe da unidade se caso os usuários estiverem com dificuldade no acesso aos medicamentos prescritos.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos da unidade básica de saúde.

Organização e capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Garantir a exames complementares e realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento:

A enfermeira da unidade irá definir em conjunto com a equipe quais as atribuições de cada membro da equipe, e o que se espera de cada um. Isso será realizado já na primeira semana da intervenção em uma reunião da equipe.

As capacitações aos profissionais da equipe terão como responsáveis por organizá-las e ministrá-las o médico em conjunto com a enfermeira. As capacitações ocorrerão nas duas primeiras semanas da intervenção.

O médico em conjunto com a enfermeira irá entrar em contato com o gestor municipal, explicar a importância do atendimento integral, e solicitar que todos os exames e medicamentos necessários à intervenção sejam disponibilizados pelo município. O controle de estoque dos medicamentos será realizado pela farmacêutica em conjunto com a enfermeira e técnica de enfermagem durante toda a intervenção. Qualquer problema encontrado, ela entrará em contato com a gestão.

A enfermeira vai garantir a versão impressa do protocolo na unidade, solicitando ao gestor que forneça a versão impressa.

Eixo: Engajamento Público.

Ação:

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

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

Detalhamento:

Os ACS nas visitas nos domicílios vão esclarecer dúvidas, orientar sobre as medidas de prevenção, sobre os fatores de risco, o direito do usuário de ter acesso aos medicamentos da farmácia popular e avaliação da saúde bucal.

A enfermeira em suas consultas de enfermagem, assim como todos os profissionais, vai orientar os hipertensos e diabéticos a importância da realização de exames complementares e sua periodicidade.

As medidas de prevenção, promoção, educação para evitar os fatores de risco da hipertensão e diabetes serão orientadas tanto pelo médico como pela enfermagem e técnica de enfermagem, assim como também a orientação quanto aos exames complementares e sua periodicidade.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

Ação:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico.

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares e capacitar a equipe para orientar os usuários das alternativas de acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento:

O médico vai fazer a capacitação da enfermeira para solicitação de exames complementares e exame clínico adequado, e a enfermeira realizará a capacitação das técnicas de enfermagem para a realização do exame clínico.

A farmacêutica vai capacitar a equipe para orientar os usuários das alternativas para obter acesso dos medicamentos da Farmácia Popular, e essa capacitação ocorrerá nas primeiras semanas da intervenção, aproveitando a reunião da equipe.

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

Eixo: Monitoramento e Avaliação.

Ação:

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

Detalhamento:

O monitoramento da periodicidade das consultas de acordo com o protocolo será realizado pela enfermeira, uma vez ao mês, avaliando as fichas espelhos e prontuários dos usuários cadastrados, podendo descobrir aqueles que não estejam com as consultas em dia.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação:

Organizar visitas domiciliares.

Organizar o registro para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento:

O médico, enfermeira e ACS organizarão as visitas domiciliares, tanto aos com dificuldade de locomoção, que não possam comparecer à unidade, quanto as visitas de busca ativa de usuários faltosos ou em atraso nas consultas. Estes estabelecerão um cronograma semanal para a realização das visitas do mês.

Os usuários que forem captados pelas visitas domiciliares serão cadastrados na unidade, terão um prontuário aberto, assim como uma ficha espelho. Isso será realizado pela enfermeira e pela recepcionista, e já será agendado uma consulta o mais breve possível para realizar uma avaliação clínica do usuário.

Eixo: Engajamento Público.

Ação:

Informar a comunidade sobre a importância das consultas.

Aos usuários de hipertensão e diabetes e à comunidade, orientar sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento:

A informação sobre a importância da realização das consultas e a periodicidade da realização das mesmas serão coordenadas pelo médico e

enfermagem, e repassarão para as ACS para uma melhor informação para a população da comunidade. Porém, todos os profissionais da unidade estarão aptos a informar a comunidade, pois serão capacitados em uma reunião de equipe nas primeiras semanas da intervenção.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

Ação:

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

Detalhamento:

A capacitação dos ACS será realizada pelo médico em conjunto com a enfermeira, e serão orientadas quanto a informações importantes a serem transmitidas à comunidade e aos hipertensos e diabéticos, como a importância da realização das consultas e sua periodicidade de acordo com o protocolo.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações

Eixo: Monitoramento e Avaliação.

Ação:

Monitorar registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento:

O monitoramento será realizado uma vez por mês, pela enfermeira, avaliando a qualidade dos registros, se estão completos e de acordo com o protocolo.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação:

Implantar a ficha de acompanhamento.

Definir responsável pelo monitoramento dos registros.

Detalhamento:

A ficha de acompanhamento será a ficha espelho, e será implantada pelo médico e pela enfermeira. O acompanhamento das fichas espelho e seus registros será feito pela enfermeira.

Eixo: Engajamento Público.

Ação:

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

Detalhamento:

A enfermeira, médico e ACS irão informar a comunidade sobre o direito de manutenção dos seus registros de saúde a acesso à segunda via quando necessário. Essa orientação à comunidade será realizada em encontros com grupos na UBS pelos profissionais e na comunidade e domicílios pelas ACS.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.**Ação:**

Capacitar à equipe no preenchimento de todos os registros do hipertenso e do diabético, e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento:

Esta capacitação será ministrada à equipe pelo médico e pela enfermeira, em uma das reuniões de equipe, nas primeiras semanas da intervenção.

Objetivo 5 – Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular**Eixo: Monitoramento e Avaliação.****Ação:**

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

Detalhamento:

Este monitoramento será realizado pela enfermeira uma vez ao mês, avaliando as fichas espelhos, e se necessário, os prontuários clínicos.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.**Ação:**

Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco.

Detalhamento:

O atendimento de usuários alto risco vai ser priorizado, avaliado e organizado pela enfermagem. A avaliação de alto risco poderá ser realizada pelo médico ou enfermeira, e quando o usuário for considerado de alto risco, será

sinalizado em sua ficha espelho e prontuário um sinal de alerta, informando que este usuário precisa receber uma atenção mais cuidadosa e precoce. Os usuários de alto risco serão sempre atendidos no mesmo turno de trabalho quando forem à UBS, e terão sempre uma consulta de retorno mais breve que os demais usuários. As ACS farão visitas domiciliares mais frequentes a estes usuários, avaliando alguma intercorrência a ser relatada à equipe para intervenção imediata.

Eixo: Engajamento Público.

Ação:

Orientar os usuários da importância do acompanhamento regular e esclarecer importância do adequado controle de fatores de risco.

Detalhamento:

Esta orientação aos usuários será de responsabilidade de cada profissional da UBS, orientando com relação à mudanças nos estilos de vida, alimentação, o acompanhamento regular com consultas clínicas, dieta saudável, prática de atividade física, consumo de frutas naturais e vegetais.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

Ação:

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

Detalhamento:

Avaliar e controlar os fatores de riscos modificáveis assim como capacitar à equipe é uma responsabilidade do médico e enfermagem da equipe de saúde, que também capacitará sobre a importância dos registros. Essa capacitação ocorrerá nas primeiras semanas da capacitação.

Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Eixo: Monitoramento e Avaliação.

Ação:

Monitorar a realização de orientação nutricional, da atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento:

Este monitoramento será realizado avaliando as fichas espelhos e os prontuários clínicos, e ficará a cargo da enfermeira, realizando-o uma vez por mês.

Eixo: Organização e Gestão do Serviço.

Ação:

Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e orientação de atividade física.

Detalhamento:

A organização desta ação será realizada pela enfermeira em conjunto com o médico, que se reunirão na primeira semana da intervenção para realizar a organização das práticas coletivas na intervenção.

Eixo: Engajamento Público.

Ação:

Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, e prática de atividade física regular.

Detalhamento:

Toda a equipe básica de trabalho, nas atividades com os usuários hipertensos e diabéticos e familiares, poderá explicar sobre alimentação saudável, a prática exercícios físicos e a importância de evitar os fatores risco destas doenças. As ACS poderão levar estas informações para a comunidade e as famílias nas visitas domiciliares.

Eixo: Qualificação da Prática Clínica.

Ação:

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, promoção da prática de atividade física regular e metodologias de educação em saúde.

Detalhamento:

Serão realizadas capacitações para elevar o conhecimento da equipe, sobre as atividades que orientarão aos usuários hipertensos e diabéticos sobre a promoção e metodologias da educação da saúde para estas doenças. Essas capacitações serão realizadas nas primeiras semanas da intervenção, realizadas pelo médico e pela enfermeira.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

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

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

Meta 1.2. Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de 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 de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 5. Mapear 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. Garantir 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. Garantir 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 saúde do hipertenso e diabético, vamos adotar o protocolo do Ministério da Saúde para Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus, BRASIL 2013. Será utilizado o prontuário clínico e a ficha espelho fornecida pelo curso de especialização (já que o município não conta com esta ficha) como forma de registro das informações ao longo da intervenção. O médico fará contato com o gestor para que ele forneça em torno de 500 fichas espelhos para que sejam usadas aos usuários que serão cadastrados na UBS. Será usada a planilha de coleta de dados eletrônica, a qual será útil para o monitoramento e avaliação, além de mostrar a evolução dos indicadores. Também serão solicitados, pela enfermeira ao gestor, recursos para uso diário, como folhas, canetas, marcadores, apagador, quadros.

Será realizado um levantamento de dados de usuários hipertensos ou diabéticos atendidos nos últimos três meses, os quais serão cadastrados no programa. A enfermeira e as técnicas de enfermagem transcreverão os dados dos prontuários para as fichas espelhos. Neste momento, já será realizado o primeiro monitoramento, avaliando os usuários que estiverem com exames ou consultas em atraso, marcando um sinal de alerta na ficha espelho correspondente. Também serão revisados os registros dos cadastros feitos pelas agentes comunitárias de saúde nestes últimos três meses, avaliando os usuários que ainda não compareceram na UBS para realizar exame clínico. Serão mantidas sempre atualizadas as fichas espelho e prontuários. A enfermeira e a recepcionista da unidade revisarão quinzenalmente as fichas espelho para verificar o bom andamento da intervenção, avaliando a realização dos exames clínicos e laboratoriais indicados

nas consultas, verificar a periodicidade das consultas, faltas às consultas, verificar e garantir a qualidade dos registros (já que por eles serão obtidos a maior parte dos dados), priorizar os usuários atrasados nas consultas e verificar se há casos novos de usuários na área e se já possui os dados atualizados. Também a enfermeira realizará contato com o gestor de saúde para garantir os exames necessários dos usuários.

Para as visitas domiciliares programadas, a enfermeira solicitará um carro à secretaria de saúde do município, estabelecendo um dia na semana para estar à disposição da UBS. A enfermeira, em conjunto com o médico, também solicitará à gestão, os materiais necessários, como esfigmomanômetros, hemoglicotestes, estetoscópios, fita métrica, balança, equipamento antropométrico, para realizar o exame clínico das pessoas com HAS e DM, tanto nas visitas domiciliares, quanto nas consultas na UBS. Também será realizada uma lista de medicamentos que serão necessários para serem prescritos aos usuários. Essa lista será realizada em conjunto pelo médico e enfermeira. As medicações contra tabagismo serão incluídas na solicitação de medicamentos ao gestor.

Serão realizadas visitas nas escolas e igrejas para promover engajamento público. Estas visitas serão agendadas pela enfermeira da unidade que entrará em contato com a diretora da escola e com o responsável pela igreja do local. Será levado o conhecimento em termos de alimentos e fatores de risco, e neste caso, o médico será o responsável, junto a enfermeira e técnica, para buscar a participação de nutricionistas e psicólogos para garantir um melhor estilo da vida das pessoas e elevar o nível de conhecimento das doenças em geral, mas principalmente a HAS e DM. Serão contatados os profissionais e encaminhará solicitação à secretaria de saúde também.

A enfermeira e o médico serão responsáveis pela realização do registro de usuários faltosos nas consultas previamente agendadas, sendo que será deixado o prontuário em separado para que seja realizada a busca ativa.

As consultas prioritárias serão organizadas de modo a não interferirem na demanda espontânea da UBS e nos demais grupos. Isso será feito deixando cinco consultas para usuários prioritários na semana, e se necessário mais, serão feitas como consultas de encaixe entre as demais consultas do período.

Para o engajamento público, a coordenação da unidade em conjunto com a secretaria de saúde farão cartazes e panfletos para informar os usuários e fazer

promoção de saúde e educação, tarefa que é responsabilidade da enfermeira, técnica e do médico da unidade de saúde, elevando o nível de conhecimento dos usuários da comunidade.

Serão usado para a intervenção um computador i3 para a coleta de dados e um impressora hp para impressão das planilhas, que serão fornecidos pelo secretario de saúde do município, e solicitados pela enfermeira da unidade.

As capacitações que serão realizadas para a equipe e ACS necessitarão de alguns materiais como lápis, borracha, Datashow Epson, cadernos para o preenchimento dos dados, e estes materiais serão solicitados à secretaria de saúde pela enfermeira. Será usada a sala de reuniões para as capacitações, que serão três encontros de duas horas (6 horas) para traçar os detalhes e organização do trabalho em relação à intervenção.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Nossa intervenção foi realizada em 12 semanas, embora tenha sido planejada para acontecer em 16 semanas. Apesar dessa redução do período do projeto de intervenção, nota-se que não houve prejuízos para a realização das ações e alcance das metas estipuladas. A primeira semana se trabalhou na capacitação dos agentes de saúde sobre a orientação dos exames laboratoriais e também com relação ao preenchimento dos registros dos hipertensos e diabéticos. A enfermeira e o médico realizaram o registro, nos atendimentos clínicos para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares e consultas. Após a intervenção, melhoramos a qualidade e organização dos registros usados no cadastramento dos usuários, nas fichas de acompanhamentos e da planilha de coleta de dados, sendo um avanço significativo para a unidade de saúde.

Capacitou-se também toda a equipe sobre o protocolo adotado na unidade para o atendimento dos usuários com hipertensão e diabetes, sobre o preenchimento correto dos registros, os fatores de risco da diabetes mellitus e hipertensão arterial e sobre alimentação saudável dos usuários e a prática de exercícios físicos. Toda a equipe fez um grande trabalho na hora de agendar os usuários para a consulta planejada e obteve êxito graças à participação principalmente das agentes de saúde da área lembrando aos usuários de suas consultas. Aqueles usuários faltosos à consulta foram visitados pelas ACS e após explicar a importância do acompanhamento periódico de suas doenças, compareciam à consulta. As agentes comunitárias de saúde divulgaram a existência do programa, a importância de manter a periodicidade das consultas agendadas, tanto das consultas de enfermagem e médicas, e fizeram a orientação das ações a serem desenvolvidas na intervenção, a divulgação das atividades foram feitas com

ajuda das agentes comunitárias de saúde, pois tiveram mais tempo em contato direto na comunidade, ainda que a enfermagem e técnica de enfermagem fizeram também a divulgação do programa para obter uma maior participação dos usuários do programa.

Todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados durante a intervenção receberam o atendimento clínico adequado, com a indicação dos exames laboratoriais preconizados. Foi feita a avaliação de risco e receberam a priorização de acompanhamento segundo essa avaliação. Sempre que foi necessária a referência para outro serviço, foi encaminhado sem dificuldade com a prioridade requerida.

A intervenção foi monitorada semanalmente. A enfermeira foi a encarregada de supervisionar o preenchimento correto dos registros, os cadastros, as fichas de acompanhamento e demais documentações. A enfermeira também ficou responsável de avaliar a qualidade e o cumprimento das orientações educativas por parte das agentes de saúde e as técnicas de enfermagem. O médico avaliou a realização correta do exame clínico por parte das técnicas de enfermagem e a enfermeira uma vez ao mês. Também, foi monitorada a realização dos exames complementares no laboratório por parte dos usuários.

Ao longo da intervenção garantiu-se o adequado acolhimento dos hipertensos e diabéticos a partir da sua chegada na unidade de saúde. Todos os membros da equipe tinham sido orientados sobre a importância de escutar as queixas dos usuários, de ser amáveis e respeitosos, e dar a solução adequada para seu problema, sempre através de uma escuta humanizada.

As reuniões da equipe foram feitas semanalmente nas terças-feiras. Nessas reuniões foi avaliado como estava o desenvolvimento da intervenção e o seu processo de implantação na rotina da equipe para cada semana da intervenção. Conseguiu-se através da gestão, pela solicitação da enfermagem e do médico na secretaria de saúde, uma técnica em farmácia para fazer a capacitação das agentes de saúde sobre os medicamentos usados pelos usuários diabéticos e hipertensos. Utilizaram-se materiais para o projeto de intervenção proporcionados pela secretaria de saúde, como canetas, cadernos para o registros de usuários e de consulta para agendamentos de visitas e também para registros de exames indicados, impressora hp 2016 para impressão dos exames e modelos de registros de consultas, folhas

brancas A4 com 1000 unidades. Foram solicitados e comprados pela secretaria 2 esfigmomanômetro e um glicômetro, que nos ajudou muito na realização das ações.

Nesta intervenção tivemos dificuldades com alguns usuários que não fizeram os exames quando foram indicados e tivemos que fazer novos encaminhamentos e dedicar mais tempo a eles, atrasando um pouco os resultados e sobrecarregando as

Foram realizados dois encontros com o grupo de hipertensos e diabéticos do programa para discutir temas muito importantes relacionados com suas doenças, como os fatores de riscos, complicações, importância do tratamento e das mudanças dos estilos de vida. Também foi realizado sorteio no encontro, acompanhamos com um lanche, para estimular a trocar a rotina dos encontros, também nesse encontro aproveitamos realizamos uma palestra. Sempre nos encontros dialogamos sobre um tema relacionado com alguma dúvida do grupo, para isso priorizamos os temas que o grupo tem mais interesse.



Figura 1- Primeiro encontro com o grupo de usuários



Figura 2- Primeiro encontro com grupo de usuários.



Foto 3- Primeiro encontro com grupo de usuários.



Foto 4- Segundo encontro com grupo de usuários.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Segundo o cronograma, foram feitas todas as ações que foram propostas, mas muitas ações não se realizaram na data planejada, mas foram desenvolvidas.

Tivemos dificuldade por duas semanas por causa da ausência da enfermeira, por esse motivo, receberam ajuda da técnica enfermagem para o preenchimento e planejamento das consultas dos usuários que participaram no programa, a qual era nova na equipe e não tinha a suficiente experiência na participação do programa. Também outra dificuldade foi a falta de tempo devido a alta demanda espontânea que temos na unidade de saúde, mas, apesar disso, cumpriram-se as metas propostas no programa.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Semanalmente, realizou-se o preenchimento adequado da planilha de coleta de dados, assim como das fichas de acompanhamento dos usuários. Também foi implantado um novo registro de usuários diabéticos e hipertensos da área, que permitiu uma melhor organização no trabalho com esses usuários, sendo este semanalmente atualizado. As dificuldades no começo dos preenchimentos das planilhas foram muitas, mas com a capacitação e o desenvolvimento da intervenção conseguiu-se melhorar a qualidade dos registros.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço é muito positiva, pois conseguimos o envolvimento de toda a equipe, o serviço melhorou e aumentou o cadastramento dos usuários. Também foi acordada a incorporação da intervenção como rotina diária quando o curso terminar. A UBS possui plenas condições de englobar as ações desenvolvidas nas 12 semanas da intervenção, e ainda podemos melhorar os aspectos que ficaram deficitários. Com a realização da intervenção foi conseguido unir mais a equipe de saúde, melhorou o atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência, demonstrado pela satisfação do usuário com nosso serviço.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

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

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

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

Meta 1.2. Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Com a intervenção alcançou-se o cadastramento de 348 usuários hipertensos, que representou 86,6% do total, e 78 usuários diabéticos, correspondendo a uma porcentagem de 86,7%. Detalhando os meses que se fez a intervenção, no primeiro mês se cadastraram 81 usuários hipertensos, alcançando 20,1%, e 20 usuários diabéticos, alcançando uma cobertura de 22,2%. No segundo mês se alcançou o cadastramento de 236 usuários hipertensos, alcançando uma cobertura de 58,7%, e 53 usuários diabéticos, alcançando uma cobertura de 58,9%. A cobertura antes da intervenção era muito baixa, sendo que os usuários foram mais atendidos na demanda espontânea e não contávamos com os registros de usuários, priorizando o pronto atendimento mais o que o atendimento preventivo e de seguimento.

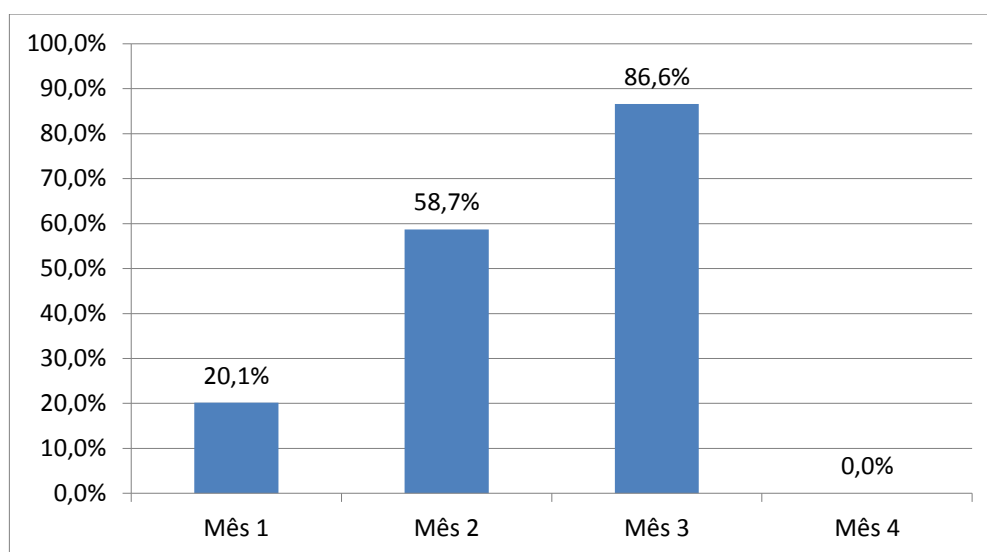


Figura 5. Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

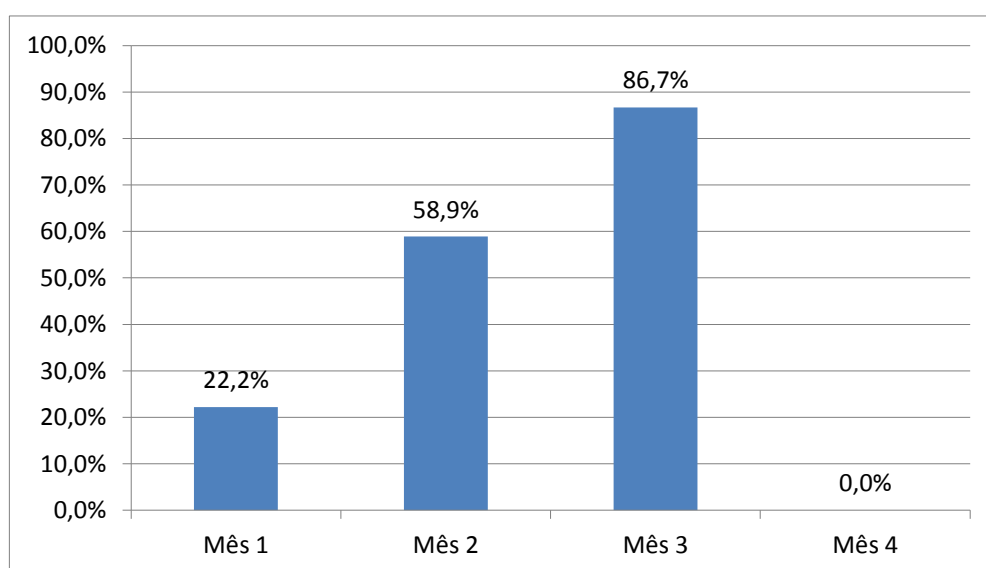


Figura 6. Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Analisando os resultados podemos perceber que no primeiro mês o cadastramento foi menor devido a dificuldade de estar ausente a enfermeira por umas semanas, e tivemos que capacitar a técnica de enfermagem, e isso tomou tempo. A produtividade se elevou no segundo e terceiro mês, devido a chegada da enfermeira, que contribuiu para um melhor acolhimento e cadastro dos usuários que participaram do programa, melhorando, além disso, a atenção aos usuários, e a intervenção alcançou sucesso na comunidade da área da abrangência.

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

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

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

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

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

Com objetivo de melhorar a qualidade da atenção às pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes, foram traçadas metas para realizar exames clínicos em 100% das pessoas com hipertensão e pessoas com diabetes cadastradas. Em relação às pessoas com hipertensão, os dados se comportaram da seguinte forma: no primeiro mês, todas as 81 pessoas com hipertensão cadastradas realizaram exame clínico, totalizando 100%; no segundo mês, todos os 236 usuários cadastrados realizaram exame clínico, totalizando 100%; e no terceiro mês, todos os 348 usuários cadastrados realizaram exame clínico, totalizando 100%.

Em relação às pessoas com diabetes que realizaram consulta foram examinados clinicamente 20 no primeiro mês, totalizando 100%; 53 no segundo mês, mantendo os 100%; e 78 no terceiro mês, finalizando com 100% de usuários com diabetes com exame clínico em dia.

Os resultados foram alcançados pelo trabalho e esforço de nossa equipe de saúde, apesar das adversidades apresentadas pelo atraso na realização dos exames por parte dos usuários, o que fez com que dificultasse um pouco o desenvolvimento de nossa intervenção.

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

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

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

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

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

Em relação às pessoas com hipertensão com exames complementares e de acordo com o protocolo, os dados encontrados foram os seguintes: para as pessoas com hipertensão, no primeiro mês, 79, de 81 pessoas com hipertensão realizaram os exames complementares, perfazendo 97,5%; no segundo mês, 234 dos 236 hipertensos, computando 99,2%; e no terceiro mês 346 de 348 hipertensos, totalizando 99,4%, conforme (figura 5).

Em relação às pessoas com diabetes os resultados obtidos foram: no primeiro mês, todas as 20 pessoas com diabetes estavam com os exames complementares em dia, totalizando 100%; no segundo mês, todos os 53 diabéticos estavam com exames em dia, correspondendo a 100%; e no terceiro mês, todos os 78 usuários estavam com os exames em dia, totalizando 100%.

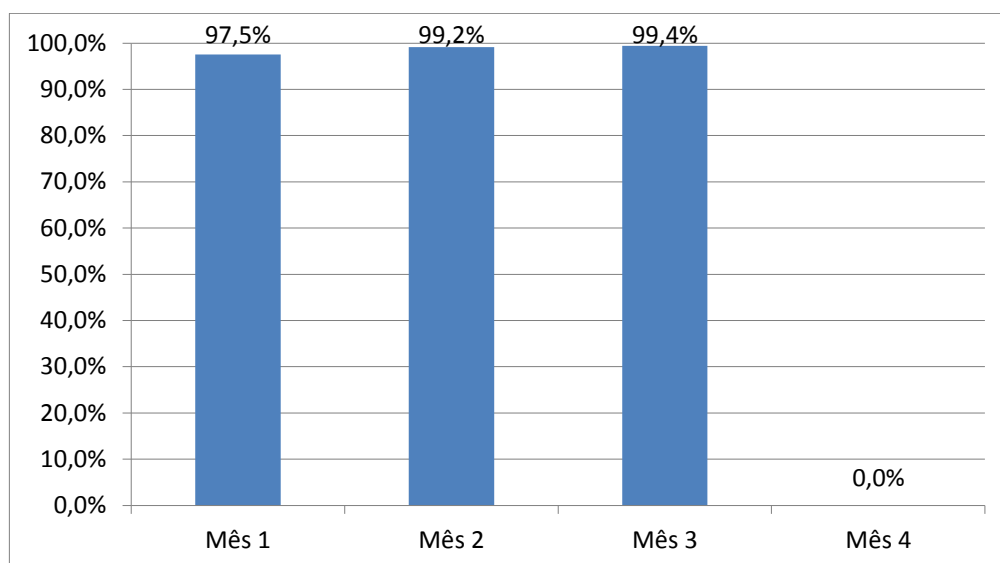


Figura 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Apesar de cumprir com os exames complementares dos diabéticos em 100%, não tivemos os mesmos resultados para os usuários hipertensos devido às dificuldades para alguns usuários em sua realização ao transcurso da intervenção, isso fez que os exames não estivessem prontos no encerramento da intervenção.

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 priorizada.

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

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

Em relação às pessoas com hipertensão e diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular, alcançou-se 100% da meta para ambos em todos os meses, sendo que ao longo dos meses houve 81, 236 e 348 usuários hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular; e houve 20, 53 e 78 usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da farmácia popular, este resultado foi possível pelo trabalho da equipe de saúde em geral e as atividades de promoção de saúde, que antes da intervenção não eram realizadas.

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

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

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

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

A relação da cobertura de pessoas com hipertensão com avaliação da necessidade odontológica foi no primeiro mês das 81 pessoas com hipertensão cadastradas, em 79 foi realizado avaliação da necessidade odontológica, totalizando 97,5%; no segundo mês em 234 de 236 foram avaliadas a necessidade de atendimento odontológico, alcançando 99,2%; e no terceiro mês, em 346 de 348

usuários hipertensos cadastrados realizaram a avaliação de necessidade de atendimento odontológico, perfazendo 99,4%, conforme (figura 7).

Em relação às pessoas com diabetes que tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no primeiro mês, todos os 20 usuários foram avaliados, totalizando 100%; no segundo mês todos os 53 usuários, perfazendo 100%; e no terceiro mês, todos os 78 usuários foram avaliados, alcançando 100%. O atendimento odontológico teve um bom trabalho e também influenciou no trabalho de promoção da saúde bucal por parte da equipe.

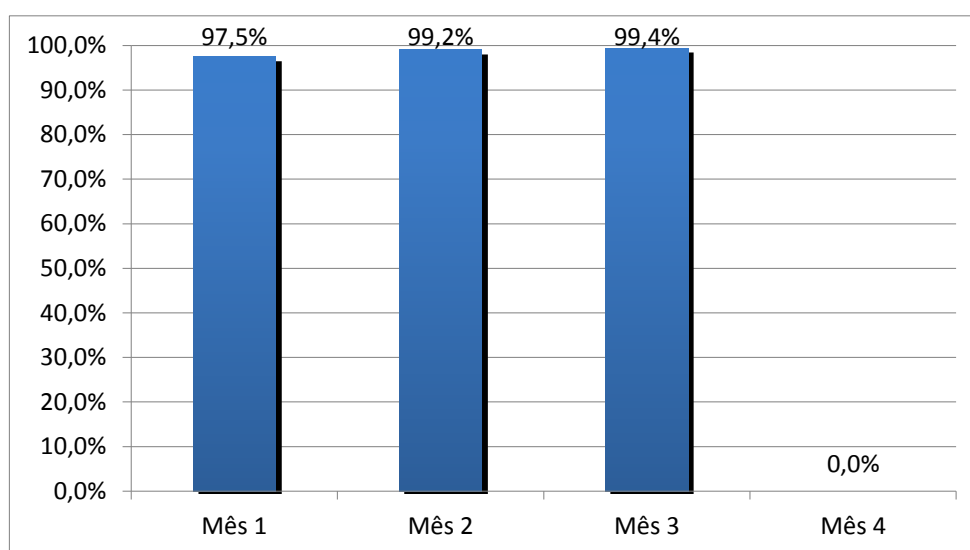


Figura 7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

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

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

Com objetivo de melhorar a adesão de usuários com hipertensão e usuários com diabetes, foram traçadas metas para realizar busca ativa de 100% dos usuários faltosos às consultas. Em relação às usuários com hipertensão e usuários com diabetes faltosos às consultas com busca ativa, observou-se que todos foram submetidos à busca ativa durante a intervenção, ou seja, 100% de meta cumprida. Ao longo da intervenção, houve 15 hipertensos e 7 diabéticos faltosos com busca ativa

O trabalho dos agentes comunitários de saúde e da técnica de enfermagem na busca ativa ajudou a que se tivesse a participação dos usuários faltosos nas consultas, tanto hipertensos como diabéticos.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

Esta foi mais uma meta em que alcançou 100% em todos os meses, tanto para usuários com hipertensão e diabetes. Em relação às pessoas com hipertensão com registro adequados na ficha de acompanhamento observou-se que no primeiro mês de 81 usuários com hipertensão foram registrados, no segundo mês 236, e terceiro mês 348 usuários. Em relação usuários com diabetes, observou-se que no primeiro mês 20 dos usuários com diabetes tiveram registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo mês 53 usuários e no terceiro mês 78 pessoas com diabetes.

Para garantir as metas propostas, orientou-se manter as informações atualizadas, implantou-se a ficha de acompanhamento, pactuou-se com a equipe o registro das informações, definiu-se responsável pelo monitoramento dos registros, organizou-se um sistema de registro que viabilizou situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento.

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 por exame clínico em dia.

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 por exame clínico em dia.

Em relação às pessoas com hipertensão e/ou diabetes com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, observou-se que no primeiro mês de 81 usuários com hipertensão, 79 tiveram estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, totalizando 97,5%. No segundo mês, 234 usuários com hipertensão de 236 (99,2%) e no terceiro mês 346 de 348 hipertensos, estavam com estratificação de risco (99,4%). Esta meta não foi alcançada porque dois usuários faltaram (figura 8). Em relação às pessoas com diabetes observou-se que no primeiro mês 18 de 20 usuários com diabetes tiveram estratificação de risco cardiovascular por exame clínico, atingindo 90,0% desta meta; no segundo mês 51 de 53 usuários com diabetes (96,2%), e no terceiro mês 76 de 78 para 97,4%, conforme (figura 9).

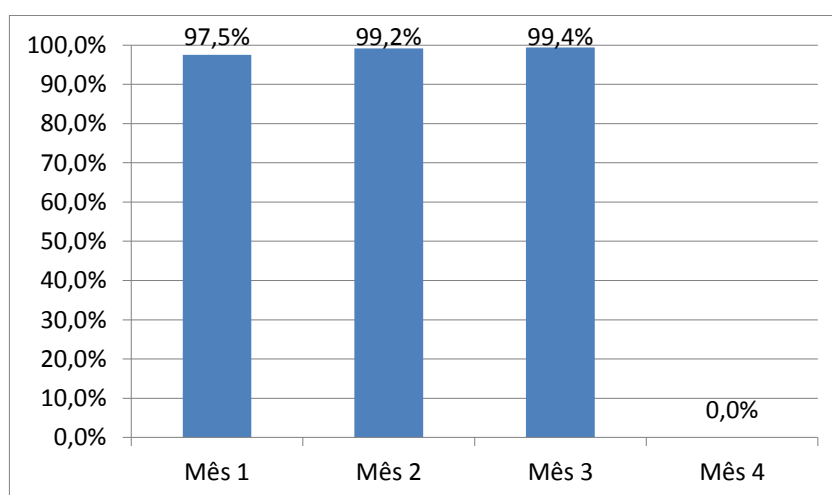


Figura 8: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

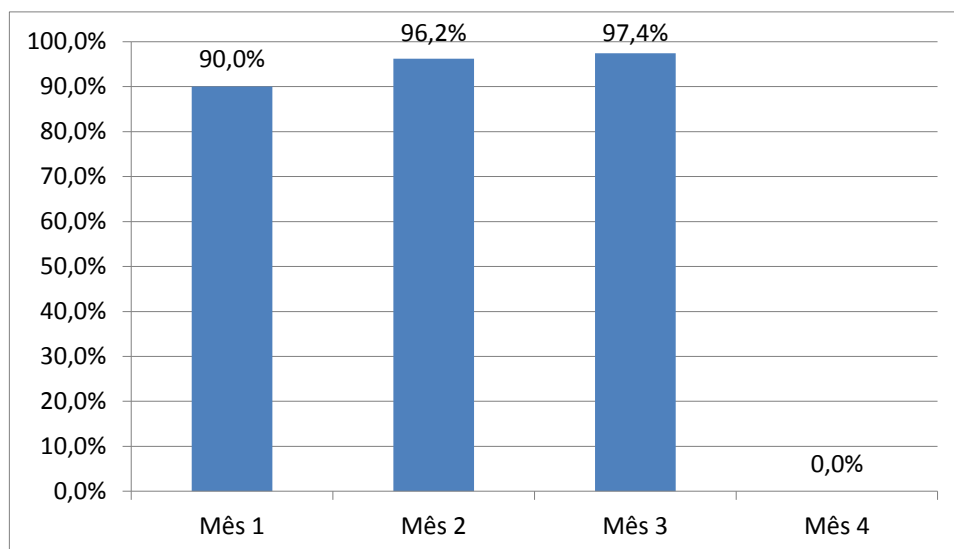


Figura 9: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

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.

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.

Foi necessário garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão e usuários com diabetes, e esta meta foi cumprida integralmente. Em relação aos usuários com hipertensão e usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável observou-se que participaram, no primeiro mês, todos os 81 hipertensos, no segundo mês todos os 236, e no final da intervenção, todos os 348 hipertensos. Já para os usuários com diabetes, participaram da ação, no primeiro mês 20 usuários, no segundo mês 53 usuários, e finalizando no terceiro mês com 78 diabéticos.

Para garantir a meta proposta foi necessário organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Meta 6.3: Garantir 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.

Meta 6.4: Garantir 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 aos usuários, observou-se que nos três meses, 100% tiveram orientação. Em relação aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, foram orientados, 81, 236 e 348 hipertensos ao longo dos três meses, e 20, 53 e 78 diabéticos ao longo dos três meses. Foi possível desenvolver durante a intervenção, atividades de promoção de saúde e de prevenção, por toda a equipe de saúde na área de abrangência, fazendo também trabalho com cada usuário atendido nossa unidade participante do programa e também aqueles que não participaram da intervenção.

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.

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 às pessoas com hipertensão e usuários com diabetes que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo observou-se que nos três

meses alcançou-se 100% de usuários com hipertensão, e 100% de usuários com diabetes. Foram 81, 236 e 348 hipertensos ao longo dos três meses, e 20, 53, 78 diabéticos ao longo dos três meses. A promoção e as atividades educativas feitas pela equipe contribuíram com os resultados obtidos, buscou-se melhorar o nível de conhecimentos das doenças por causa do tabagismo. Antes da intervenção prioriza-se o atendimento e não os trabalhos de prevenção e promoção 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.

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 às usuários com hipertensão que receberam orientação sobre higiene bucal, no primeiro mês de 81 usuários cadastrados, 80 hipertensos receberam orientação, perfazendo 98,8%; e no segundo mês, 235 de 236 foram orientados (99,6%), e no terceiro mês, todos os 348 usuários com hipertensão receberam orientação sobre higiene oral (100%). Já para os usuários com diabetes, 100% deles em todos os meses receberam orientação sobre higiene oral, sendo 20 usuários no primeiro mês, 53 no segundo e 78 no terceiro mês.

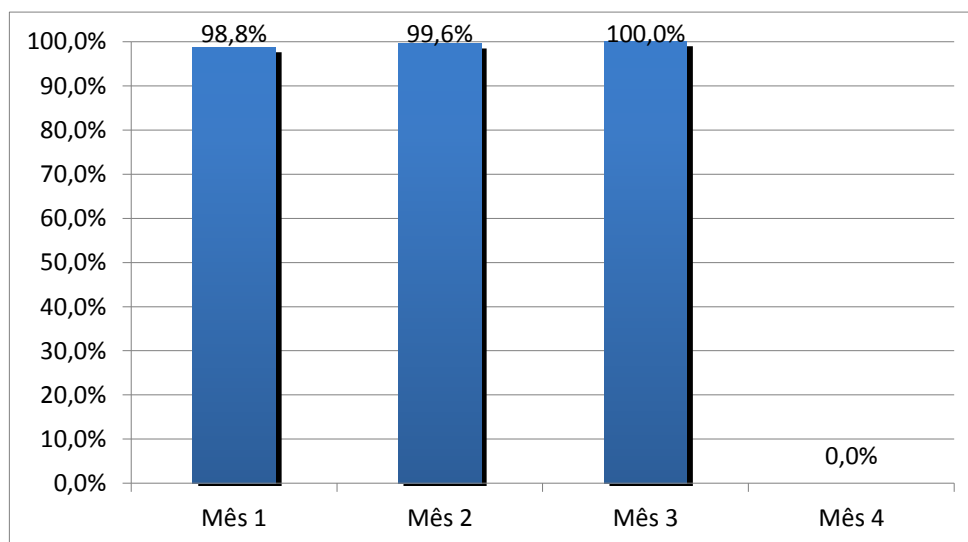


Figura 10: Proporção de hipertensos e diabetes que receberam orientação sobre higiene bucal.

A intervenção contribuiu muito para disseminar o conhecimento da higiene bucal e prevenção. Buscou-se também fazer mais atividades educativas, o que antes da intervenção não tinham a mesma frequência.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Santo Antônio, no município de Não Me Toque do Rio Grande do Sul, proporcionou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários com hipertensão e com diabetes, registro adequado nas fichas de acompanhamento, estratificação de risco e todos os usuários receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre prática de atividade física regular, sobre higiene bucal e conseguimos aumentar a disponibilidade de exames complementares para os usuários da área de abrangência. Com um prévio acordo com a Secretaria de Saúde, também conseguiu-se a participação de uma nutricionista para auxílio na intervenção. Também foi realizado esforço para garantir materiais adequados para realização da aferição de pressão arterial e de hemoglicoteste.

A intervenção exigiu a união e o esforço da equipe para aumentar a qualidade no trabalho com os usuários com hipertensão e com diabetes, pois foi necessário realizar a capacitação da equipe para que todos seguissem um protocolo de atendimento aos usuários, e assim, uma vez adotado por todos, foi possível melhorar o acolhimento, cadastramento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos mesmos, aumentando não só a quantidade de usuários cadastrados no programa, mas também aumentando a qualidade de vida os usuários. A equipe trabalhou de forma multiprofissional, com integração de cada profissional, já que cada um recebeu uma função específica para atuar na intervenção.

A intervenção serviu para melhorar o atendimento aos usuários com hipertensão e diabetes que participaram no programa, e conseguiu implantar as atividades na rotina diária da unidade. Prosseguimos com os cadastramentos dos usuários com hipertensão e diabetes, e na busca ativa deles, seja para os usuários com consultas ou exames em atraso, seja para os usuários faltosos nas consultas,

bem como prosseguimos com atendimentos provenientes da demanda espontânea e das visitas diárias das agentes comunitárias de saúde. Mantivemos o preenchimento dos dados nos registros, como ficha espelho e planilha de coleta de dados, e nas consultas continuamos com o exame clínico apropriado. Realizamos a avaliação e monitoramento de todas as ações realizadas durante a intervenção. Com o desenvolvimento da intervenção na unidade, conseguimos uma atenção qualificada a estes usuários e até melhoramos a forma de trabalho da equipe e continuaremos com estas ações na UBS. Conseguimos reforçar o vínculo entre a comunidade e equipe. A ajuda dos líderes comunitários foi muito importante para divulgar a intervenção e sensibilizar a população ao comparecimento à UBS, contribuindo para ampliação da cobertura. Portanto, a comunidade ganhou mais qualidade na assistência à saúde. O engajamento público proporcionado aproximou a comunidade da equipe, quebrando a barreira antes existente, tornando a população mais participativa na unidade. Cada usuário foi avaliado quanto a estratificação de risco, e para aqueles que mais necessitassem de atenção receberam ainda mais prioridade, conferindo o princípio da equidade. As ações com trabalhos em grupo propiciou a promoção de saúde, ensinando bons hábitos e melhores condições de saúde, podendo a população ter um espaço para dialogar e sanar dúvidas com a equipe. A prescrição de medicamentos da farmácia popular foi priorizada, para que os usuários pudessem ter acesso aos medicamentos de que necessitassem, sem recorrer a farmácias particulares.

Se fosse começar a intervenção, além de realizá-la com o mesmo foco na Saúde do hipertenso e diabético, trabalharíamos com mais força para alcançar melhores resultados, e faríamos um maior vínculo com a Secretaria de saúde para priorizar algumas situações que não dependem de nós como, por exemplo: aumentar o número de vagas para realização de exames aos usuários organizando o processo de tal forma a reduzir o tempo de espera para o agendamento e disponibilizar o transporte por mais horas e com maior frequência ao mês para aumentar as visitas domiciliares para aqueles com problemas de locomoção e acamados.

A intervenção e suas atividades na UBS já foram incorporadas a rotina diária do serviço, todos os profissionais continuam realizando as tarefas designadas com muita responsabilidade para manter os resultados obtidos ou melhorar os mesmos. Pretendemos aumentar os grupos de usuários com hipertensão e diabetes e abordar

nestes encontros temas importantes para seu cuidado e saúde, além de conhecimentos de distintas doenças que se associam ao diabetes e a hipertensão, também alcançar maior participação de outros profissionais de saúde, fornecer mais qualidade na atenção prestada para obter maior satisfação da população. Nos próximos meses pretendemos continuar a ampliação da cobertura, e estamos planejando a qualificação para o programa de atenção à saúde dos idosos.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Secretário de Saúde,

No período entre os meses de 30 junho e 22 setembro de 2015 foi desenvolvida uma intervenção em saúde na UBS Santo Antônio, localizada no município de Não Me Toque/RS, com a proposta de melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão e diabetes da área de abrangência da UBS. Os objetivos específicos da intervenção foram:

- Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou pessoas com diabetes.
- Ampliar a cobertura da atenção das pessoas com hipertensão e usuários com diabetes da área de abrangência.
- Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e usuários com diabetes ao programa.
- Melhorar o registro das informações.
- Melhorar a qualidade da atenção a usuários com hipertensão e usuários com diabetes.
- Mapear pessoas com hipertensão e usuários com diabetes de risco para doença cardiovascular.

Para conseguir atingir os objetivos foram traçadas metas, visando melhorar os indicadores de saúde. Como meta de cobertura, buscamos cadastrar 85% dos usuários com hipertensão e 85% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde. As metas de qualidade foram todas traçadas para serem atingidas em 100%, como por exemplo, realizar exame clínico apropriado nos usuários com hipertensão e diabetes cadastrados, garantir a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular, realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico, fazer busca ativa dos usuários com hipertensão e diabetes faltosos às consultas, manter ficha de acompanhamento atualizada, realizar estratificação do risco cardiovascular e garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, riscos do tabagismo, higiene bucal e prática regular de atividade física.

Ao longo de três meses de intervenção os principais resultados observados foram: aumento do cadastro para 86,6% de cobertura para as pessoas com hipertensão (348 usuários) e 86,7% para os usuários com diabetes (78 usuários). Realizamos exames clínicos a 100% dos usuários com hipertensão e a 100% dos usuários com diabetes cadastrados. Os exames complementares em dia de acordo com o protocolo foram ofertados a 100% dos usuários com hipertensão e a 100% dos usuários com diabetes cadastrados. A prescrição de medicamentos da farmácia popular foi ofertada a 100% dos usuários com hipertensão e 100% dos usuários com diabetes cadastrados.

No que concerne a avaliação da necessidade odontológica, esta foi realizada para 100% dos usuários com hipertensão e 100% dos usuários com diabetes cadastrados, assim como também obtivemos 100% para a orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo, e higiene bucal. Para conseguir atingir todas as metas propostas pela equipe, foi necessária a colaboração da Secretaria de Saúde, pois desde o começo era imprescindível a implantação de um novo protocolo para a atenção ao usuário hipertenso e diabético. Foi muito importante para a equipe a impressão do protocolo e das fichas-espelho para todos os usuários atendidos, pois estamos conseguindo organizar os registros de informações desses usuários. Gostaríamos de agradecer a parceria com a Secretaria de Saúde. Ainda precisamos de muito mais ajuda dos gestores e da Secretaria para dar continuidade ao projeto e para melhorar ainda mais o funcionamento da UBS.

Pelo exposto, agradecemos pelo apoio recebido e pelo pronto atendimento de nossas solicitações, pois com isso alcançamos os resultados apresentados e o atendimento foi qualificado. Também solicitamos apoio para implementação de outros projetos a fim de qualificar outras áreas da saúde como saúde do idoso, criança, gestantes.

Atenciosamente,

Equipe de saúde da UBS Santo Antônio, Não Me Toque/RS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada comunidade da unidade de saúde Santo Antônio,

Durante três meses no ano de 2015 (junho a setembro) a equipe de saúde realizou uma intervenção em saúde para melhorar o atendimento em saúde do hipertenso e diabético, para as pessoas que moram na área de que pertence à unidade de saúde. Foram cadastradas 348 pessoas com hipertensão (86,6%) e 78 pessoas com diabetes equivalente (86,7%).

A intervenção iniciou com a capacitação da equipe, que é um aumento do aprendizado sobre a saúde das pessoas com hipertensão e diabetes, para poder levar a informação para a comunidade sobre a importância do cuidado com a saúde. Por meio do contato com lideranças comunitárias e junto aos grupos de pessoas com hipertensão e diabetes também foram levadas informações para a comunidade. Desta forma, foi organizado o atendimento a todos que tinham hipertensão e diabetes que procuravam a Unidade de Saúde por algum problema de saúde, foram acolhidos, cadastrados e acompanhados. Realizamos visitas domiciliares diariamente na busca daqueles que faltaram na consulta e que pertenciam à área pertencente da unidade. Foram as agentes comunitárias de saúde que principalmente foram até as casas das pessoas, e quando necessário pelo médico, enfermeira e técnica de enfermagem.

As agentes comunitárias de saúde durante as visitas domiciliares identificavam as pessoas com hipertensão e diabetes, e agendavam para que procurassem a Unidade para realizar a avaliação, além de realizar a busca ativa dos que não compareciam as consultas agendadas.

Os trabalhos com grupos de pessoas com hipertensão e diabetes na comunidade foram realizados mensalmente, onde discutimos temas de muita importância como alimentação saudável, a prática de exercícios físicos, fatores de risco para doenças, higiene da boca, os riscos do cigarro, entre outros. Estes temas

quando bem compreendidos e seguidos podem evitar que novas doenças surjam e mantêm controladas aquelas doenças já presentes. A todas pessoas atendidas foi realizado exame clínico completo, solicitação de exames complementares, foram prescritos medicamentos da farmácia popular e todos receberam atendimento odontológico, o qual foi melhorado muito com a intervenção, assim como foram melhorados os registros dos atendimentos. Com a ajuda de toda a equipe de saúde conseguimos, trazer benefícios para as pessoas que sofrem de hipertensão e diabetes, e de alguma forma para toda a comunidade em geral.

Para tanto, a comunidade deve também participar ativamente e cumprir com todas as orientações fornecidas pela equipe, trazendo ideias para melhorar nosso trabalho e assim também a qualidade do serviço oferecido, pensando que todas estas ações são para eles e sua opinião é importante, participando em todas as decisões e atividades desenvolvidas pela unidade de saúde. Acredito que a participação de um representante da comunidade em alguns momentos das reuniões da equipe de saúde foi essencial para o nosso trabalho, pois fortaleceu participação social da comunidade.

Sendo assim, informamos para a comunidade que daremos continuidade às ações iniciadas com a intervenção que foi desenvolvida para melhorar a saúde das pessoas com hipertensão e diabetes da área de abrangência da Unidade Santo Antônio. Agradeço em nome da equipe a participação da comunidade, pois nosso trabalho é para vocês.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da UBS Santo Antônio, Não Me Toque/RS

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Ao longo do curso não só melhoramos a atenção aos usuários com hipertensão e com diabetes mellitus, como também tivemos que fazer atividades educativas como estudos da prática clínica e casos clínicos, o qual reforçou nossos conhecimentos e nos permitiu adentrar nos protocolos de atendimentos e condutas terapêuticas do Brasil. O raciocínio lógico nas tarefas de estudos de casos clínicos, e a pesquisa também necessitaram de muita dedicação.

Ao iniciar o curso de especialização em Saúde da família minhas expectativas foram aumentar meu conhecimento de medicina familiar, ganhar mais experiência para o desempenho profissional, obter uma visão ampla e atual da saúde brasileira e o manejo do usuário, conhecer os programas do SUS feitos para a população brasileira, e melhorar, com nosso trabalho e com os conhecimentos adquiridos pelo curso, a saúde da população brasileira fazendo uma medicina mais preventiva, levando promoção e educação para os usuários e em geral para todo o povo brasileiro.

Com o curso melhorei o português, que a princípio representou uma das principais barreiras, e ainda tenho dificuldade para falar, mas não deixei que afetasse a qualidade do serviço oferecido. Sei que poderia ter dado mais de mim durante a intervenção, mas ainda posso fazer muito mais pela comunidade, dando continuidade às ações iniciadas e inserindo novos projetos como parte da rotina de trabalho da equipe.

Foi muito importante também minha interação com os colegas nos fóruns, pois ganhei em experiência com seus comentários, e acima de tudo o apoio que eu recebi do orientador Marcos Fabio Turra com a interação Orientador e Especializando, sempre presente e esperando para ajudar nas minhas dúvidas, e ajudar, orientar bem, por meio do curso de educação a distância. Na prática profissional melhorei porque conheci melhor a população; interagi com a comunidade, e aprendi sobre o sistema de saúde do Brasil, sendo portanto, mais uma experiência em minha vida pessoal e profissional.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 159 p.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante