

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE Á DISTÂNCIA
TURMA 8 – GRUPO 5



Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na UBS Portão, Salto do Jacuí, RS.

MILAGROS LUISA VÉLIZ AGUILERA

Pelotas, 2015

MILAGROS LUISA VÉLIZ AGUILERA

Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na UBS Portão, Salto do Jacuí, RS.

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS como requisito para aprovação na unidade de análise estratégica.

Orientadora: Karla Soliana de Oliveira
Pantaleão

Pelotas, RS
2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

A283m Aguilera, Milagros Luisa Veliz

Melhoria da Atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos na UBS Portão, Salto do Jacuí, RS / Milagros Luisa Veliz Aguilera; Karla Soliana De Oliveira Pantaleão, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

82 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Pantaleão, Karla Soliana De Oliveira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

A meus pais, que sempre acreditaram em mim e me deram um motivo para sorrir todos os dias.

Agradecimentos

A minha orientadora Karla, obrigada pela parceria, paciência, amor e apoio.

RESUMO

AGUILERA, Milagros Luisa Véliz. **Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na UBS Portão, Salto do Jacuí, RS.** 2015. 82 f. 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 (HAS) e a diabetes mellitus (DM) são as doenças crônicas não transmissíveis mais comuns, atingem 23,3% e 6,3% respectivamente, dos adultos brasileiros. São responsáveis por um grande número de internações hospitalares e está entre as principais causas de amputações e perdas de mobilidade e de outras funções neurológicas com perda significativa da qualidade de vida. O presente trabalho apresenta a perspectiva de melhorar a atenção às pessoas portadoras de HAS e DM da área de abrangência da unidade de saúde Portão, em Salto do Jacuí, RS. A intervenção será realizada tendo como população alvo 376 hipertensos e 123 diabéticos acima de 20 anos residentes na área de abrangência. Foi desenvolvida uma intervenção com duração de 12 semanas com o propósito de desenvolver ações de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, modificando a realidade situacional da UBS, que era desfavorável com relação à atenção à saúde de hipertensos e diabéticos. Foram abordados aspectos relacionados à cobertura, adesão e qualidade da atenção, registro e mapeamento de risco da população-alvo da intervenção e promoção da saúde, tornando possível alcançar os seguintes resultados: aumento da cobertura de hipertensos de 60 (16%) para 150 (40%), e de diabéticos de 30 (25%) para 61 (50%); todos os usuários cadastrados realizaram exames clínicos e 94% dos hipertensos e 95% dos diabéticos realizaram os exames laboratoriais complementares de acordo com o protocolo adotado, todos tiveram o risco cardiovascular avaliado e receberam orientações sobre hábitos de vida saudável, conseguimos ainda ampliar as consultas odontológicas. A equipe de saúde foi beneficiada com a intervenção ao poder ser capacitada com os protocolos de atendimento e conduta clínica referente ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e o DM, recomendado pelo Ministério da Saúde. As capacitações tiveram um impacto positivo em diversas atividades no serviço, como no acolhimento e no atendimento geral na unidade de saúde. A intervenção também permitiu delimitar as atribuições de cada membro da equipe, possibilitando maior organização do trabalho para manter a ação programática como parte rotineira das atividades da unidade. Foi criado o grupo de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) que representou uma maior participação e engajamento público. Somando-se a isso, houve melhora do registro das informações e mapeamento de hipertensos e/ou diabéticos com risco para doença cardiovascular com encaminhamento adequado para seguimento do tratamento para este grupo populacional.

PALABRAS- CHAVE

Saúde da Família; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.1 -	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Portão, Salto do Jacuí, RS, 2015.	54
Figura 1.2 -	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Portão, Salto do Jacuí, RS, 2015.	54
Figura 2.1 -	Gráfico da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Portão, Salto do Jacuí, RS, 2015.	55
Figura 2.3 -	Gráfico da proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Portão, Salto do Jacuí, RS, 2015.	56
Figura 2.4 -	Gráfico da proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Portão, Salto do Jacuí, RS, 2015.	57
Figura 2.5 -	Gráfico da Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada UBS Portão, Salto do Jacuí, RS, 2015.	58
Figura 2.6 -	Gráfico da Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada UBS Portão, Salto do Jacuí, RS, 2015.	58
Figura 2.7 -	Gráfico da Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Portão, Salto do Jacuí, RS, 2015.	59
Figura 2.8 -	Gráfico da Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Portão, Salto do Jacuí, RS, 2015.	60

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF	Estratégia de Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMC	Índice de massa corporal
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos
MS	Ministério da Saúde
NAAB	Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PMMB	Programa Mais Médicos Para o Brasil
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCAN	Sistema de Informação do Câncer
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação.....	9
1 Análise Situacional.....	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional..	22
2 Análise Estratégica	24
2.1 Justificativa	24
2.2 Objetivos e metas	25
2.2.1 Objetivo Geral.....	25
2.2.2 Objetivos Específicos e Metas.....	25
2.3 Metodologia.....	27
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	37
2.3.3 Logística	43
2.3.4 Cronograma	46
3 Relatório da Intervenção	48
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	Erro! Indicador não definido. 48
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	52
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	52
4 Avaliação da intervenção	53
4.1 Resultados	53
4.2 Discussão	63
5 Relatório da intervenção para gestores	65
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	70
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	72
Referências	74
Anexos.....	76

APRESENTAÇÃO

O presente volume contém o trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O Trabalho consistiu em uma intervenção com o objetivo de qualificar a atenção à saúde de usuários com hipertensão e diabetes da unidade de saúde Portão, situada no município de Salto do Jacuí, RS.

O volume está apresentado em cinco partes.

Na primeira parte se apresenta o relatório da análise situacional, no qual é descrita a situação da estratégia de saúde da família na unidade.

A segunda parte está formada pelo projeto da intervenção onde é realizada a análise estratégica da intervenção. O projeto está composto pela justificativa, os objetivos e metas propostas, a metodologia, o detalhamento das ações e os indicadores, além da logística necessária para a intervenção e o cronograma das atividades.

A terceira parte é o relatório da Intervenção, que inclui a análise das ações previstas no projeto, assim como as dificuldades e facilidades relacionadas à coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação das ações na rotina do serviço.

A quarta parte apresenta a avaliação da Intervenção, na qual relatamos os resultados e a discussão da intervenção, assim como os relatórios da intervenção para os gestores locais da saúde e para a comunidade.

Ao final apresentamos uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no desenvolvimento do trabalho e os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso.

1. ANÁLISE SITUACIONAL

1.1. Texto Inicial sobre a Situação da ESF/APS

Salto de Jacuí, município do Rio Grande do Sul, localizado no centro do estado, na região das missões, foi fundado em 1º de fevereiro de 1983 com uma área territorial de 519 km quadrados. Encontra-se a 300 km de Porto Alegre, capital do estado e a 94 km de Cruz Alta, município sede da 9ª Coordenadoria Regional de Saúde à qual pertence Salto. Conforme o censo do ano 2010 a população é de 11 mil 880 habitantes, limita-se com os municípios de Jacuízinho, Fortaleza dos Valos, Estrela Velha e Júlio de Castilhos. A economia do município baseia-se na agropecuária (soja, milho, trigo, criação de gado), na mineração (extração de pedra ágata) e a geração de energia elétrica (com o funcionamento das usinas hidrelétricas Leonel Brizola e Passo Real) produzindo cerca de 20 % da energia hidrelétrica gerada no Rio Grande do Sul.



Mapa Salto do Jacuí



Pedra ágata



Usina Hidrelétrica

Sistema de Saúde

O município dispõe de uma Unidade Básica de Saúde Indígena, um ambulatório municipal, quatro Estratégias de Saúde da Família (ESF) uma delas rural, um hospital com 27 leitos (24 destinados ao SUS e três a convênios), cinco cadeiras odontológicas, três laboratórios clínicos e uma farmácia básica centralizada. Até nossa chegada ao município existia só uma ESF, posteriormente se estabeleceram novos limites geográficos a partir da proposta de três novas ESF, duas localizadas na área urbana e uma na zona rural, sendo aprovada no mês de outubro de 2014 pelo Ministério de Saúde a transição para ESF das três unidades que funcionavam: uma, como pronto atendimento; a nossa, como Unidade Básica Central e a ESF rural.

Contamos com outros profissionais que atendem à população, mas não estão vinculados à ESF: dois ginecologistas, um pediatra, um cirurgião e uma nutricionista (esta última encontra-se incorporada às atividades da ESF). Embora não dispormos de NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), contamos com o NAAB (Núcleo de Apoio à Atenção Básica), composto por um psicólogo e uma assistente social com a proposta para o próximo ano de funcionar como NASF. A atenção odontológica é muito demandada pela população, encontra-se centralizada, contamos com 5 dentistas.

O acesso aos exames complementares é restrito. Dos três laboratórios clínicos no município só um deles faz os exames pelo SUS, e o agendamento demora aproximadamente entre 15 dias até um mês. A amostra coletada dos exames de alta complexidade é enviada a laboratórios de apoio em outras cidades (Porto Alegre e Passo Fundo). Os que são de urgência demoram três dias em média para serem realizados.

O resultado da citologia de colo uterino e da mamografia demora entre 30 a 60 dias, o eletrocardiograma esteve quebrado por mais de três meses, há dois meses começou novamente a funcionar. O município não tem ultrassonografia que seja feita pelo SUS, este serviço é contratado com entidades privadas, priorizando-se os obstétricos e os urgentes. Poucos usuários podem pagar pelo serviço privado.

Quando se solicita o laudo das radiografias, demora entre 15 a 20 dias para ser entregue. No caso da tomografia e ressonância magnética os usuários são encaminhados a Cruz Alta (o tomógrafo está quebrado há três meses).

O encaminhamento ao atendimento especializado tem dificuldades, o agendamento das consultas geralmente se consegue para 30 ou 40 dias depois e os usuários têm que se deslocar a outros municípios geralmente em transporte da secretaria

de saúde para receber o atendimento por especialidades como dermatologia, hematologia, cirurgia, nefrologia, urologia, ortopedia e traumatologia, oncologia, cardiologia, cirurgia vascular entre outras, onde o tempo de viagem varia de uma a quatro horas a depender do município.

As especialidades de urologia e reumatologia são as mais críticas, pois o agendamento das consultas se consegue para seis meses.

No município realizam-se só cirurgia de vesícula e hérnias, as outras são realizadas em Porto Alegre ou Cruz Alta.

1.2 Relatório de Análise Situacional

A unidade de saúde Portão funcionava antes como unidade básica central até o mês de outubro de 2014, quando foi aprovada pelo Ministério de Saúde a transição para ESF. Localizada na área urbana da cidade, no bairro chamado Portão, abarcando na área de abrangência o próprio bairro Portão, o bairro da CEEE (Companhia Estadual de Distribuição da Energia Elétrica) e a metade do bairro Navegantes, atinge uma população de 2.921 habitantes, o imóvel é próprio da prefeitura, com um tempo de atuação de 20 anos, oferece atendimento em dois turnos de atendimento de segunda a sexta, sem vínculo com o ensino e possui área geográfica definida com predomínio do sexo feminino e das faixas etárias de 15 a 59 anos (1.832) e de 60 anos ou mais (704).



Mapa de Salto dividido em bairros

Pertence a nossa área a Casa de Amparo, onde moram idosos em situação de vulnerabilidade; a escola especial, que presta atendimento multiprofissional para deficientes; um instituto com primeiro, segundo grau e cursos técnicos; quatro pontos de casas noturnas e a Casa de Passagem, centro de referência para crianças e adolescentes.

Recursos humanos

A equipe está composta por uma médica especialista em medicina geral integral, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde, não contamos com equipe de saúde bucal, a atenção odontológica encontra-se centralizada no município.

O cadastramento das famílias das novas microáreas adstritas está sendo feito pelos agentes de saúde dentro do novo modelo e-SUS.

Estrutura Física

Com relação à estrutura física da unidade, esta será ampliada e reformada estruturalmente, atualmente temos uma sala de espera comum e uma sala setorizada que os usuários utilizam depois de passar pelo acolhimento da enfermeira. A sala precisa de um espaço maior para realizar atividades de educação e promoção de saúde.

Para o atendimento clínico contamos com consultórios médicos que são utilizados no horário da manhã pelo ginecologista e o pediatra. Ao estarem ocupados os consultórios nesse horário por eles, a equipe faz as visitas domiciliares, e pela tarde são feitas as consultas na unidade por nós. Há ainda uma sala de enfermagem, uma sala de procedimentos (onde se realizam os curativos, se administram os medicamentos injetáveis, inalatórios e pequenos procedimentos), uma sala de coleta para exame citopatológico (o preventivo é realizado pela enfermeira), uma sala de vacinas (a vacinação encontra-se centralizada em nossa unidade, pois se vacina a toda a população do município). As consultas são confortáveis e têm privacidade. Dos dois consultórios, um deles tem sanitário. Todos os ambientes têm boa iluminação e ventilação. Também conta com uma copa/cozinha muito pequena, banheiro para funcionários, central de material e esterilização.

A reforma estrutural da unidade nos ajudaria a melhorar a eficiência e qualidade de nosso serviço à população. Devem ser incluídas na reforma as salas para arquivamento dos prontuários, sala para as agentes comunitárias de saúde e sala de reuniões, assim

como a farmácia e o banheiro público adaptado para o uso dos deficientes físicos e idosos. Deve ser colocados corrimãos nos corredores que ainda não têm. Esperamos ainda prover de TV e vídeo para a divulgação do material educativo e de bebedouros para os usuários.

A descentralização da farmácia básica, a vacinação e o serviço odontológico para cada ESF estão sendo avaliadas pelos gestores do município.

Serviços prestados pela Unidade

Na unidade temos disponibilidade e suficiência adequada de equipamentos e instrumentos de uso geral e o abastecimento dos materiais e dos insumos para a realização das atividades da UBS. Realizam-se na unidade diferentes testes diagnósticos: glicemia capilar, teste rápido de gravidez, de sífilis e para HIV, recém começamos aplicar o teste rápido para hepatite B. Não realizamos: bacterioscópico da secreção vaginal nem teste rápido de urina.

Dos instrumentos de comunicação, informação e informática, dispomos de um computador, conexão com internet e impressora. Do material bibliográfico só existem os protocolos de HIV/AIDS, hepatites e outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) e 72 volumes de Saúde Virtual em CD com diferentes temas de medicina interna, pediatria e obstetrícia.

Nossa equipe geralmente faz as visitas no transporte particular da enfermeira ou dos agentes comunitários de saúde, pois só está assegurado o transporte da ESF rural, ao contar com poucos carros, a secretaria de saúde prioriza o deslocamento para outros municípios dos usuários que precisam de encaminhamento para as diferentes especialidades, para hemodiálise e cirurgias, embora nos últimos meses a secretaria tenha feito um esforço elaborando um cronograma de visitas domiciliares para cada ESF em dias diferentes, cumprindo-se este com bastante regularidade.

O prontuário eletrônico ainda não foi implantado no município.

Os cuidados em saúde são realizados além da UBS, nos domicílios. São feitos procedimentos como curativos, nebulizações, medicamentos injetáveis, realização do preventivo, entre outros assim como atendimentos de urgências. Não realizamos pequenas cirurgias, pois ainda não existem as condições adequadas.

A equipe realiza a busca ativa dos usuários faltosos, os ACS priorizam nas visitas domiciliares as crianças, as gestantes, os usuários com doenças crônicas não transmissíveis e os pacientes acamados. Também se realizam no domicílio atividades e procedimentos como curativos de feridas e escaras, orientações e cuidados de saúde

aferição de pressão arterial, administração de medicação oral, injetável, troca de bolsa de usuário ostomizado, entrega de medicamentos, troca de sonda, revisão puerperal e consulta de outros profissionais como a nutricionista do município que participa conosco nas visitas às gestantes para um melhor acompanhamento.

Os encaminhamentos são feitos pelos protocolos de atendimento, e respeitando fluxos de referência e contrarreferência. Sempre acompanhamos os planos terapêuticos propostos por outros níveis do sistema, por exemplo: planos terapêuticos indicados por traumatologistas, cardiologistas, psiquiatra, etc. Nas situações de internação hospitalar os familiares são os que acompanham ao usuário. Embora se faça o acompanhamento de situações de internação domiciliar acho que temos que melhorar a qualidade, pois constitui uma ferramenta importante da medicina de família. A notificação compulsória de doenças e agravos notificáveis é feita por mim e pela enfermeira.

Embora não tenha sido concluído o cadastramento da população pelos agentes de saúde e ainda não terminamos o levantamento dos hipertensos, dos diabéticos e dos idosos começamos o trabalho com eles, temos dois grupos formados aos que incorporaremos mais pacientes pela alta prevalência dessas patologias na área, onde a maioria deles tem outros fatores de risco associados como o tabagismo, o alcoolismo, a obesidade, o sedentarismo e a hipercolesterolemia. A nutricionista já foi convidada para as reuniões.

Desde o mês de setembro de 2014 começamos ofertar à população um terceiro turno de 18h30min às 21h30min (geralmente última quarta de todo mês). Nós chamamos esse dia o “Dia da Saúde do Homem” e é para aqueles usuários (homens) que trabalham o dia todo e não podem vir ao consultório no horário habitual ou trabalham fora do município. As consultas são agendadas previamente pelos ACS, que sempre trazem as propostas às reuniões da equipe. São selecionados 10 usuários para esse dia, incluindo sempre dois o três hipertensos e/ou diabéticos na seleção.



Dia da Saúde do Homem

A equipe promove o controle social na comunidade, os ACS têm cadastradas quase todas as famílias de baixa renda, que precisam bolsa de família, outro exemplo de controle social é o conselho municipal de saúde, onde existe um representante de cada comunidade, onde fazem o monitoramento e controle das ações da administração pública. A assistência social do município está se organizando para começar o trabalho de oficinas com aulas de tecido, copagê em vidro e lata, crochê, panificação e mais outras atividades manuais.

Todos os profissionais da equipe participam das atividades de qualificação profissional, onde geralmente o foco é a transformação das práticas e a atualização técnica, sendo feitas a maioria delas na coordenadoria do território.

Realizamos as reuniões de equipe todas as sextas para assim planejar as diferentes atividades que serão realizadas na semana seguinte, se organiza a agenda e o processo de trabalho, planejamos diferentes ações, discutimos algum caso que nos preocupa assim como outros temas de necessidade da equipe. É um espaço de intercâmbio necessário, de análises e de tomada de decisões importantes para o fortalecimento do trabalho na unidade além de se estreitar as relações interpessoais entre todos os integrantes da equipe.

Atenção à demanda espontânea e ações programáticas

Acolhimento

Para o agendamento das consultas os usuários passam pelo acolhimento com a enfermeira na sala de enfermagem, que recebe os usuários, identifica as suas demandas,

lhes orienta nas demandas não assistenciais e encaminha conforme protocolo pré-estabelecido. Os casos que precisam de atendimento imediato são prioridade, a seguir os agendados nas visitas domiciliares feitas previamente ou para a revisão do tratamento e depois seguem a ordem de chegada. Não contamos com TV e vídeo para a divulgação de materiais educativos enquanto os pacientes esperam na sala até serem consultados. Não temos excesso de demanda.

Atenção ao pré-natal e puerpério

O município conta com dois ginecologistas que realizam o acompanhamento de todas as gestantes e elas não concorrem à unidade para o controle das consultas pré-natais ao serem atendidas por eles. Temos uma situação que nos preocupa e já é de conhecimento dos gestores, que os ginecologistas não gostam que os três médicos que fazem parte do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) atendam as gestantes, e isto atenta contra a qualidade do atendimento ao pré-natal e da unidade. Recentemente foi feito o levantamento das gestantes e puérperas pelos agentes de saúde, neste momento segundo o levantamento temos 10 gestantes, delas estão sendo acompanhadas quatro (cobertura de 40% de atenção à gestante). Quanto às puérperas temos acompanhado as oito que ganharam bebê nestes meses de trabalho. Não temos gestantes fora da área de cobertura da UBS nem excesso de demanda de gestantes.

Nas visitas domiciliares acompanhamos as gestantes (controle da PA e do ganho de peso durante a gestação, o seguimento da altura uterina, foco fetal, revisão de exames indicados e das vacinas). Orientamos às gestantes sobre a importância do aleitamento materno exclusivo e o preparo das mamas para o aleitamento, os cuidados do recém-nascido, o planejamento familiar depois do parto, também promovemos hábitos alimentares saudáveis, a atividade física, quando necessário temos levado outros profissionais a suas casas, como é o caso da nutricionista, para apoiar nosso trabalho de promoção de saúde.



Visita domiciliar a gestante



Visita domiciliar a gestante

São feitas nas visitas de primeira consulta das puérperas a captação dos recém-nascidos, sempre antes dos 10 dias.

Segundo o levantamento temos 20 lactentes na área, deles estão sendo acompanhados neste momento na unidade só cinco (cobertura de 25%), mas com a periodicidade adequada. A partir do mês de janeiro foi estabelecido o dia da puericultura e das gestantes na unidade.

Nas consultas avaliamos integralmente aos lactentes, enfatizando a importância do aleitamento exclusivo até os seis meses e a incorporação adequada dos diferentes grupos de alimentos durante o primeiro ano de vida, monitoramos o crescimento e desenvolvimento psicomotor em cada consulta, assim como a vacinação, a dentição, controle de esfínteres, linguagem, a prevenção de acidentes, etc. Não temos excesso de demanda de lactentes. O Teste do Pezinho e a vacinação estão centralizados no município. A vacinação se encontra centralizada em nossa unidade, pois se vacina a toda a população do município.

Na unidade contamos com o Caderno da Atenção Básica ao Pré-natal de Baixo Risco. Ainda não conformamos o grupo de gestantes nem de lactentes, nossa prioridade é visitar e acompanhar os que ainda não têm sido avaliados.

Prevenção do Câncer do colo e de mama

No município, os programas de câncer de colo de útero e de mama encontram-se centralizados, estes programas serão descentralizados para cada ESF

proximamente. Existem os protocolos de prevenção produzidos pelo Ministério de Saúde para os dois programas, sendo utilizados pela enfermeira de nosso serviço, que é a profissional dedicada ao planejamento, gestão e coordenação destes programas.

Os dados são registrados no livro de registro e no prontuário clínico e para realizar o monitoramento se utilizam como fonte de dados o SIAB e no SISCAN. Temos nove usuárias com exame citopatológico alterado nos últimos três anos, destes, duas não continuam com o controle e quatro usuárias com mamografia alterada, todas acompanhadas e controladas.

Em nossa UBS o rastreamento é organizado e as mulheres são orientadas no rastreamento de câncer de colo de útero e de mama com diferentes ações como é a realização periódica do exame preventivo através da coleta de exame citopatológico, a solicitação de mamografia e o exame clínico das mamas, ações feitas pela enfermeira durante toda a semana e em todos os turnos também educamos e mostramos às usuárias como devem se realizar o autoexame de mama com uma frequência regular. Avaliamos os possíveis riscos para o surgimento destas doenças.

No mês de outubro de 2014 dedicamos o primeiro sábado ao “Outubro Rosa”, onde foram feitos testes rápidos (sífilis, HIV, hepatite B), exames citopatológicos, marcamos turnos para mamografia, consulta médica e uma palestra sobre o câncer de mama e de colo de útero.

A estratégia seria descentralizar para cada ESF o controle destes dois programas ganhando em organização e assim melhorar a qualidade da atenção na unidade.

Atenção aos portadores de HAS e DM

Em relação à atenção aos hipertensos e aos diabéticos em nossa UBS contamos com 376 hipertensos e 123 diabéticos maiores de 20 anos, com uma cobertura de 16% para a atenção ao hipertenso e 25% para a atenção ao diabético, que são classificados segundo a estratificação de risco cardiovascular pelo cálculo do escore de *Framingham*. Tanto na consulta como nas visitas domiciliares orientamos os pacientes sobre a importância do controle do peso corporal, de uma alimentação saudável e da prática regular de exercícios físicos além de eliminar outros fatores de risco como o tabagismo e o alcoolismo.

Estamos incentivando que os usuários façam pelo menos uma vez ao ano seus exames complementares periódicos. A todos os usuários maiores de 15 anos que

comparecem à consulta é verificada a pressão arterial e a todos os hipertensos e diabéticos se calcula o Índice de Massa Corporal e se mede a circunferência abdominal.

Na unidade atuamos pelos Cadernos de Atenção Básica nº 36 (Diabetes Mellitus) e nº 37 (Hipertensão Arterial) produzidos pelo Ministério de Saúde. Os cadernos foram impressos na gráfica do município, pois antes da intervenção não tínhamos no consultório. Os dados são registrados na ficha clínica e se utiliza como fonte de dados o SIAB.



Fotografia 8. Visita domiciliar a uma hipertensa.



Fotografia 9. Visita domiciliar a um diabético.

Desde o mês de setembro de 2014 começou funcionar o grupo de hipertensos e diabéticos da unidade. As reuniões estão programadas para a última semana de cada mês e são feitas na Casa do Idoso do município, pois é um lugar de fácil acesso, aconchegante e espaçoso para realizar todas as atividades. A enfermeira coordena com a Prefeitura a disponibilização de um ônibus para os usuários que moram mais longe possam participar, reunindo-os em vários pontos estratégicos para o deslocamento. As primeiras reuniões foram feitas na igreja. Além das palestras, assistimos vídeos educativos, os agentes de saúde apresentam alguma peça de teatro, fazemos dinâmicas de grupo, pesamos e aferimos a pressão arterial dos usuários, na segunda parte da atividade realizamos com a professora de educação física exercícios de alongamento e dança, a equipe participa também. Participou em uma ocasião a nutricionista. Ao final oferecemos um pequeno lanche com frutas ou sucos levados pelos usuários e a equipe. Pretendemos incorporar para os encontros posteriores o psicólogo, o dentista e a assistente social.



Fotografia 10.
Reunião HIPERDIA. Teatro ACS.



Fotografia 11.
Reunião HIPERDIA Exercícios.

Atenção à saúde da pessoa idosa

A saúde do idoso tem uma cobertura do programa segundo o CAP de 33%. Na consulta fazemos uma avaliação da capacidade funcional global de cada usuário, o controle da pressão arterial e o cálculo do IMC.

Na unidade não existe a caderneta de saúde do idoso, mas como no caso dos hipertensos e diabéticos atuamos pelo caderno de atenção básica nº 19 produzido pelo Ministério de Saúde, os dados são registrados no prontuário clínico e se utiliza como fonte de dados o SIAB.

Na UBS se promove os hábitos alimentares saudáveis, assim como a prática de atividade física regular, mantemos em dia a aplicação das vacinas para este grupo etário, além de combater também o tabagismo e o alcoolismo. Priorizam-se as visitas domiciliares para os idosos que apresentem alguma patologia crônica ou que tiverem algum fator de risco associado, assim como os acamados.

A partir do mês de setembro começou funcionar o grupo de idosos junto com o de hipertensos e diabéticos. As reuniões estão programadas para a última semana de cada mês. Através das dinâmicas, vídeos e palestras, mostramos a importância no cuidado da saúde para ter uma boa qualidade de vida. Temos como objetivo incorporar outros especialistas às palestras, participando um especialista diferente de cada vez.

Atenção à Saúde Bucal

No que se refere à saúde bucal, não oferecemos esse serviço na UBS. A atenção odontológica se encontra centralizada no município. A atenção à Saúde Bucal pode ser implementada, através do desenvolvimento de ações educativas, atividades de prevenção e de orientação aos usuários para que procurem o atendimento oportuno.

Considerações finais

É um desafio para a equipe a educação em saúde de nossa população, é importante que haja uma verdadeira comunicação, em primeiro lugar entre nós como equipe, com os pacientes em particular e a comunidade em geral, e é fundamental o olhar, a escuta e o diálogo nessa interação para compreender a origem de cada problema.

Temos como tarefa imediata integrar a educação popular às práticas da equipe e estimular a participação social comunitária e deste trabalho comunitário a necessidade da promoção de saúde que temos começado com mais aceitação da comunidade.

1.3 Comentário comparativo entre texto inicial e o relatório de análise situacional.

Após a leitura do texto da semana de ambientação e da finalização do relatório da análise situacional, pude compreender que minha visão sobre a estrutura física, o processo de trabalho e os resultados que a equipe vinha apresentando foi aprimorada com a realização da Unidade 1 – Análise Situacional do curso de especialização em saúde da família.

Ao realizar uma análise comparativa entre o texto inicial e o relatório de análise situacional, escritos com uma diferença de dois meses observamos que:

As principais diferenças entre estes dois momentos são em relação ao conhecimento sobre como deve ser o trabalho e a organização no processo de trabalho na ESF. Deste modo, foi possível reconhecer as limitações da nossa unidade e também as potencialidades, a fim de reorganizar o trabalho na ESF, desde o acolhimento dos usuários até o planejamento dos atendimentos.

Podendo citar um grupo de elementos que aconteceram entre os dois momentos:

- Foi aprovada pelo Ministério de Saúde a transição de unidade básica central para Estratégia de Saúde da Família.

- Foram chamadas as duas ACS que faltavam para se incorporar ao trabalho da equipe.
- Foram criados os grupos de HIPERDIA e de idosos.
- Começaram as reformas estruturais da unidade.
- Estão sendo criadas consultas de atendimento diferenciado a grupos prioritários.
- Estamos envolvendo a população nas atividades da unidade.

2. ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 JUSTIFICATIVA

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus (DM) são as doenças crônicas não transmissíveis mais comuns, e entre as suas complicações mais severas, quando não são controladas, encontram-se a doença cardiovascular e a doença renal crônica terminal, entre outras, que comprometem a vida destes usuários, por isso é muito importante seu acompanhamento na ESF, desenvolvendo ações de promoção e prevenção de saúde, com especial prioridade para as mudanças de estilos de vida e o combate à obesidade, o tabagismo e o sedentarismo, três fatores de risco que acompanham com grande frequência estas doenças, o que teria um grande impacto na qualidade de vida deles. No Brasil, são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial sistêmica, 35% da população de 40 anos e mais, e esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras da doença (BRASIL, 2013).

Nossa UBS se encontra localizada na zona urbana do município Salto do Jacuí, no bairro Portão. Atinge uma população de 2.921 habitantes. A equipe de trabalho está completa, formada pela médica, enfermeira, técnica em enfermagem e os seis ACS. Não contamos com equipe de saúde bucal. Em relação à estrutura física esta será ampliada e reformada estruturalmente, atualmente temos uma sala de espera comum e uma sala setorizada que os usuários utilizam depois de passar pelo acolhimento da enfermeira. Para o atendimento clínico contamos com dois consultórios médicos, há ainda uma sala de enfermagem, uma sala de procedimentos (onde se realizam os curativos, se administram os medicamentos injetáveis, inalatórios e pequenos procedimentos), uma sala de coleta para exame citopatológico, uma sala de vacinas (a vacinação encontra-se centralizada em nossa unidade, pois se vacina a toda a população do município), três banheiros e uma copa- cozinha pequena.

No âmbito da nossa unidade de saúde acreditamos ser necessário desenvolver uma intervenção sobre esta ação programática, já que a situação da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos não é favorável, segundo o cadastramento da população da nossa área de abrangência, temos 376 hipertensos e 123 diabéticos, atualmente a cobertura na unidade é de 60 hipertensos (16%) e 30 diabéticos (25%). Tanto a cobertura como a adesão da população é baixa. Nós pretendemos melhorar esta situação ampliando o atendimento a um número maior destes usuários, realizando um acompanhamento de qualidade com avaliação do risco cardiovascular, mantendo-os controlados e compensados apoiando-nos fundamentalmente na necessidade de organização das ações voltadas para a promoção e prevenção, de controle e tratamento adequados para diminuir a morbimortalidade por estas doenças.

A intervenção será muito importante para nossa equipe, para o serviço e a comunidade ao ser implementada a ação programática na unidade com uma melhoria nos indicadores de cobertura e qualidade e assim poder ir transformando o panorama da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2. OBJETIVOS E METAS

2.2.1 OBJETIVO GERAL

Melhorar a atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos na Unidade Básica de Saúde Portão, Salto do Jacuí. RS

2.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde.

METAS:

- 1.1 Ampliar a cobertura de acompanhamento de hipertensos para 40 %.
- 1.2 Ampliar a cobertura de acompanhamento de diabéticos para 50 %.

OBJETIVO 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

METAS:

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.

METAS:

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.

METAS:

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 os hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

METAS:

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

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

OBJETIVO 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

METAS:

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 hipertensos.

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

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

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

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

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

2.3. Metodologia

Este projeto de intervenção será realizado em 16 semanas e terá caráter prospectivo e de delineamento longitudinal, e como critérios de inclusão todos os diabéticos e hipertensos acima de 20 anos pertencentes à área de abrangência da ESF Portão, no município de Salto de Jacuí, RS com participação de toda a equipe da UBS e da comunidade.

As ações serão desenvolvidas em 4 eixos: Monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das Ações

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

Meta 1.1: Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde.

Ações:

Organização e gestão do serviço: Cadastrar no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde aos hipertensos e diabéticos da unidade de saúde que ainda não tenham sido cadastrados.

Detalhamento: Toda semana, a enfermeira fará a checagem dos usuários do programa. Desta forma, será verificada a data da próxima consulta, exame clínico e laboratoriais e será comunicado aos ACS nas reuniões de equipe realizadas semanalmente onde se elaborarão estratégias para levar os usuários às consultas assim como a programação das visitas domiciliares, principalmente com o apoio dos ACS na identificação dos usuários.

Monitoramento e avaliação: Monitorar a todos os hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.

Detalhamento: A enfermeira será a responsável por revisar as fichas de cadastro dos hipertensos e diabéticos para fazer o levantamento do número de cadastrados na UBS. Durante a vinda dos pacientes à UBS a enfermeira quando fizer o acolhimento fará o cadastro daqueles que ainda não estão cadastrados.

Nas visitas domiciliares os ACS vão cadastrar os diabéticos e hipertensos que ainda não estão cadastrados.

Engajamento público: Informar à comunidade sobre a existência do programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus na unidade de saúde, assim como a importância da aferição da pressão arterial a todos os pacientes maiores de 18 anos que

comparecerem à consulta, dando-lhes conhecimento sobre os diferentes fatores de risco que podem desenvolver hipertensão arterial e diabetes.

Detalhamento: A equipe (médica, enfermeira e os agentes comunitários de saúde) esclarecerá à comunidade nas visitas domiciliares e nos diferentes espaços públicos sobre a importância do atendimento e acompanhamento oportuno dos hipertensos e diabéticos para evitar o surgimento das complicações; aos usuários com risco para o desenvolvimento da HAS e DM, e das complicações decorrentes destas doenças. A aferição da pressão arterial de todos os usuários maiores de 18 anos será feita pela enfermeira e a pela médica.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma correta e a realização do hemoglicoteste em adultos com risco, fundamentalmente aqueles com PA maior que 135/80 mmHg, assim como capacitar os ACS para o cadastramento dos hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade.

Detalhamento: A capacitação será feita pela médica e enfermeira aos ACS nas reuniões semanais de equipe, será treinada a equipe sobre como é realizada de forma correta a medida da glicemia capilar e a aferição da pressão arterial dos pacientes na unidade de saúde.

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

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

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.

Ações:

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos e diabéticos, organizando a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, estabelecendo a periodicidade para atualização dos profissionais.

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde.

Garantir a solicitação dos exames complementares.

Organizar a agenda de saúde bucal.

Detalhamento: O exame clínico dos usuários será realizado pela médica, assim como a solicitação dos exames complementares. A enfermeira será encarregada pela organização da agenda de saúde bucal.

Solicitar aos gestores municipais a versão impressa dos protocolos de hipertensão e diabetes produzidos pelo Ministério de Saúde, pois dispomos na unidade só da versão digital.

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos com qualidade, monitorar os exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, o acesso aos medicamentos da farmácia popular e a necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Nas consultas de acompanhamento na unidade de saúde e nas visitas domiciliares a médica realizará o exame completo destes usuários, revisará os resultados dos exames laboratoriais indicados e nos casos que forem necessários indicar ou modificar o tratamento medicamentoso.

A avaliação de saúde bucal será feita pela enfermeira ao realizar o acolhimento e também pela médica nas consultas quando os usuários vierem à consulta de acompanhamento.

Engajamento público: Orientar aos usuários e à comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e da diabetes como

da necessidade de realização de exames complementares periódicos. Orientar os também quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos farmácia popular e sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal.

Detalhamento: A equipe (médica, enfermeira e os agentes comunitários de saúde) esclarecerá à comunidade nas visitas domiciliares e nos diferentes espaços públicos sobre a importância de comparecer à unidade de saúde para o controle da pressão arterial, a glicemia capilar e a realização dos exames complementares de forma periódica.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e da diabetes, assim como a avaliação da necessidade de atendimento odontológico destes usuários.

Detalhamento: A capacitação será feita na unidade de saúde pela médica e a enfermeira aos ACS nas reuniões semanais da equipe onde serão analisados e discutidos como realizar um exame físico completo e correto, exames laboratoriais que devem ser indicados e medicamentos mais utilizados para estes usuários.

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

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

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

Ações:

Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os usuários faltosos organizando a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Os agentes comunitários de saúde farão busca ativa de todos os hipertensos e diabéticos em atraso ou faltosos. Serão reservadas oito consultas por semana para estes.

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

Detalhamento: A enfermeira será a responsável semanalmente de revisar as fichas de cadastro dos hipertensos e diabéticos para revisar os atrasados ou faltosos à consulta.

Durante a vinda dos usuários à UBS a enfermeira quando fizer o acolhimento revisará os atrasados ou faltosos à consulta.

Nas visitas domiciliares os ACS farão a busca ativa dos diabéticos e hipertensos atrasados ou faltosos à consulta.

Engajamento público: Informar à comunidade sobre a importância de realização das consultas e a periodicidade com que devem ser feitas.

Detalhamento: A equipe (médica, enfermeira e os agentes comunitários de saúde) esclarecerá à comunidade nas visitas domiciliares e nos diferentes espaços públicos, inclusive nos ambientes da UBS, sobre a necessidade do atendimento periódico destas doenças ao menos três vezes ao ano.

Qualificação da prática clínica: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: A capacitação será feita na unidade de saúde pela médica e a enfermeira aos ACS nas reuniões semanais da equipe onde será analisado e discutido as consultas e periodicidade.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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

Ações:

Organização e gestão do serviço: Implantar a ficha de acompanhamento, mantendo as informações do SIAB atualizadas definindo ao responsável pelo monitoramento dos registros pactuando com a equipe o registro das informações.

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, a médica utilizará os prontuários médicos e a ficha espelho providenciada pelo curso. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros.

Detalhamento: Serão transcritas todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho pela médica e a enfermeira.

A enfermeira realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso.

Engajamento público: 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 equipe (médica, enfermeira e os agentes comunitários de saúde) esclarecerá a comunidade nas visitas domiciliares e nos diferentes espaços públicos sobre a informação registrada de suas doenças e o acesso a estas se for necessário.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e do diabético, assim como o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: A capacitação será feita na unidade de saúde pela médica e a enfermeira aos ACS nas reuniões semanais da equipe onde será analisado e discutido o preenchimento adequado dos registros de acompanhamento de hipertensos e diabéticos.

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.

Ações:

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco organizando a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: O atendimento dos usuários avaliados como de alto risco cardiovascular será priorizado pela enfermeira ao fazer o acolhimento quando eles vierem à unidade para atendimento ou pelos agentes de saúde quando fazem as visitas nos domicílios.

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

Detalhamento: Durante a vinda dos hipertensos e diabéticos à UBS a médica avaliará a estratificação de risco pelo menos uma vez por ano.

A enfermeira controlará os usuários com atraso ou faltosos à consulta.

Os ACS nas visitas domiciliares encaminharão à consulta da unidade aqueles usuários com risco cardiovascular que não forem cadastrados e estiverem atrasados ou faltosos à consulta.

Engajamento público: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular na UBS, esclarecendo a eles e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: A equipe (médica, enfermeira e os agentes comunitários de saúde) esclarecerá à comunidade nas visitas domiciliares e nos diferentes espaços públicos sobre a necessidade de atendimento e acompanhamento oportuno dos hipertensos e diabéticos para evitar o surgimento das complicações, assim como com risco para o desenvolvimento da HAS e DM, e a importância das mudanças do estilo de vida para manter uma boa saúde.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de *Framingham* ou de lesões em órgãos alvo e na importância do

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

Detalhamento: A capacitação será feita na unidade de saúde pela médica e a enfermeira a aos ACS nas reuniões semanais de equipe onde será analisado e discutido como realizar a estratificação de risco segundo o escore de *Framingham* e a importância de mudanças do estilo de vida para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

Ações:

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e de atividade física envolvendo ao nutricionista e educadores físicos respectivamente nestas atividades, adesão ao tratamento medicamentoso dos tabagistas e orientar lhes sobre a importância de uma higiene bucal adequada.

Detalhamento: Organizar práticas coletivas com a criação do grupo de hipertensos e diabéticos de nossa comunidade, com uma frequência de encontro mensal, sendo responsável desta atividade a equipe toda (médica, enfermeira e ACS) envolvendo nestas atividades outros profissionais como nutricionistas, dentistas e educadores físicos.

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional, da atividade física regular, sobre riscos do tabagismo e da higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento será feito pela enfermeira e a médica quando os pacientes comparecerem à UBS ou nas visitas domiciliares da equipe.

Engajamento público: Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, da prática sistemática de exercícios físicos, sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e da importância da higiene bucal.

Detalhamento: A equipe (médica, enfermeira e os agentes comunitários de saúde) esclarecerá à comunidade e aos usuários nas visitas domiciliares e nos diferentes espaços públicos sobre a necessidade de mudanças do estilo de vida, por exemplo: mantendo uma alimentação saudável, com a prática de atividade física regular, o controle do peso corporal, eliminar o hábito de fumar, aspectos que ajudam a manter uma melhor qualidade de vida assim como um melhor controle destas doenças e suas complicações.

Qualificação da prática clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, sobre a promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de tabagistas assim como para oferecer orientações de higiene bucal.

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

Detalhamento: A capacitação será feita na unidade de saúde pela médica e a enfermeira a aos ACS nas reuniões semanais da equipe onde será analisado e discutido a importância de mudanças do estilo de vida para o controle de fatores de risco modificáveis. Realizaremos capacitação para o uso de metodologias para educação em saúde, faremos a busca de referencial bibliográfico para servir de subsídio para as capacitações.

2.3.2. Indicadores

COBERTURA

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

Meta 1.1: Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência 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 50% dos diabéticos da área de abrangência 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.

QUALIDADE

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 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.

ADESÃO

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

REGISTRO

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.

AValiação DE RISCO

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.

PROMOÇÃO DA 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 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 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 hipertensos.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Numerador: Número de 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 hipertensos.

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

Numerador: Número de 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 diabéticos.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3. Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção ao portador de hipertensão arterial e diabetes mellitus, serão adotados os Cadernos de Atenção Básica: número 36 de diabetes e número 37 de hipertensão do Ministério de Saúde, 2013.

Adotaremos o manual técnico de HAS e DM, para que este seja utilizado por toda a equipe como referência na atenção aos hipertensos e diabéticos. Para tanto o documento será analisado e discutido na unidade de saúde no horário da reunião de equipe. A atualização e o treinamento da equipe para as atividades serão realizados conjuntamente pela médica e a enfermeira.

Serão realizadas reuniões com a gestão (Secretário de Saúde do município e a Coordenadora de Atenção Básica) para poder garantir os insumos necessários para o desenvolvimento da intervenção, DVD educativos com temas de hipertensão e diabetes, protocolos atualizados, materiais impressos. A reunião será feita na secretaria de saúde, junto à enfermeira, semanas antes de começar as atividades.

O cadastramento será realizado durante a procura dos usuários à unidade, seja para consulta, troca de receitas ou outro motivo, e também pela busca ativa realizada pelos ACS aos usuários hipertensos e diabéticos durante as visitas domiciliares.

Para organizar o registro específico do programa a enfermeira revisará o livro de registro, identificando todos os pacientes hipertensos e diabéticos que compareceram à consulta nos últimos 6 meses. Utilizaremos a ficha espelho e prontuários clínicos para coletar todos os dados que servirão tanto para o monitoramento de nossa intervenção quanto para o cálculo dos indicadores. A ficha espelho, que seguirá o modelo oferecido pelo curso, será disponibilizada pela Secretaria Municipal de Saúde e impressa na gráfica

do município. Para o acompanhamento da intervenção ao final de cada mês será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados onde as informações coletadas previamente na ficha espelho serão transferidas para a planilha.

A enfermeira fará o acolhimento dos usuários, os quais, sempre que comparecerem à consulta de acompanhamento na unidade sairá já com a próxima consulta agendada. Nas visitas domiciliares também agendaremos a consulta na unidade dos hipertensos e diabéticos que não estão cadastrados ou que há muito tempo não tem sido acompanhados. Serão reservadas oito consultas à semana para os faltosos. Para monitorar a ação programática a enfermeira examinará semanalmente as fichas clínicas identificando aqueles pacientes que estão com consultas, exames clínicos e/ou exames de laboratório em atraso. Os agentes comunitários de saúde farão busca ativa de todos os hipertensos e/ou diabéticos em atraso.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas destes usuários serão priorizados nas consultas disponíveis para pronto atendimento.

A equipe (médica, enfermeira e os agentes comunitários de saúde) esclarecerá à comunidade nas visitas domiciliares e nos diferentes espaços públicos sobre a importância do atendimento e acompanhamento oportuno dos hipertensos e diabéticos para evitar as complicações inerentes destas doenças. Sensibilizará também a comunidade, sobretudo aqueles usuários com risco para o desenvolvimento da HAS e DM, e de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e o diabetes para a importância de medir a pressão arterial, avaliar a glicemia e a realização dos exames complementares de forma periódica. Também esclarecerá a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento destes grupos populacionais e alertar sobre os diferentes fatores de risco que incidem nestas doenças.

As reuniões de grupos com os usuários serão planejadas pela enfermeira, prévio análise nas reuniões de equipe. Os ACS serão responsáveis por avisar aos usuários. Essas atividades ocorrerão mensalmente, na Casa do Idoso do município, e os temas serão preparados e apresentados pelo médico, pela enfermeira e por os profissionais convidados a participar.

Outros recursos:

-A UBS conta com esfigmomanômetro, estetoscópio, fita métrica, balança, dois glicosímetros, fitas e lancetas para realizar os hemoglicotestes.

-Computador e projetor para as palestras, este último será disponibilizado pela secretaria municipal para assistir os vídeos educativos nas reuniões de grupo.

3. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Nossa intervenção começou no mês de abril, e foi planejada para se desenvolver, a princípio, em 16 semanas, sendo modificada depois para ser desenvolvida em 12 semanas, devido às férias que interromperam a intervenção, por mais de um mês.

Tendo como objetivo ampliar a cobertura de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde, melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos, melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa, melhorar o registro das informações, mapear os hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Nas reuniões de equipe realizadas semanalmente além de discutir e analisar as atividades a realizar nas semanas e no mês em geral, foram revisados aspectos importantes dos protocolos de hipertensão e diabetes: como o estudo dos fatores de riscos que incidem nestas doenças; a classificação do risco; os aspectos relevantes da história clínica e o exame físico; a rotina complementar mínima; os medicamentos utilizados; as ações de promoção de saúde e modificações de estilos de vida, medir a altura e circunferência abdominal e a pesagem dos pacientes acho que foi muito importante que embora os ACS não estejam qualificados para verificar a pressão arterial e realizar a glicosimetria, aprenderam as técnicas corretas, pois eles visitam constantemente os diabéticos e hipertensos nos seus domicílios (sobretudo os insulíndependentes que fazem a glicosimetria todos os dias); tendo o conhecimento das técnicas corretas podem supervisionar e orientar quando os usuários não o fazem corretamente. O secretário de saúde participou em uma das reuniões e a vice-prefeita em outra.

As consultas de acompanhamento foram feitas no consultório e se realizaram segundo o cronograma de atendimento dos usuários elaborado pelos agentes de saúde e a enfermeira. Os pacientes eram visitados pelos agentes de saúde na semana anterior à consulta de acompanhamento na unidade.

O cronograma de visitas elaborado pelos agentes de saúde foi reajustado sempre que foi incrementando o número de hipertensos e diabéticos a avaliar por semana para poder atingir a meta proposta, isto ocorreu por diferentes motivos: dias feriados que tivemos no município (um total de cinco), as quatro semanas a menos do projeto de intervenção, a mudança temporária do local de atendimento devido às reformas estruturais em nossa UBS que implicou em mais dois dias sem atendimento.

Apesar das dificuldades expostas anteriormente pudemos realizar o acompanhamento dos 150 hipertensos e 61 diabéticos planejados para o projeto, todos foram pesados, medida a altura e a circunferência abdominal, foi realizado o exame físico com avaliação de risco cardiovascular, indicamos os exames laboratoriais de acordo com a necessidade, fizemos a revisão do tratamento medicamentoso atual e ações de promoção à saúde como a orientação nutricional sobre uma alimentação saudável, a prática regular de atividade física, a importância de manter um peso corporal adequado, os riscos do tabagismo e álcool, assim como uma higiene bucal adequada.

Outro momento que aproveitamos para o acompanhamento de hipertensos e diabéticos foi a consulta da saúde do homem, que realizamos no horário de 18h30min às 21h30min da noite, uma noite de cada mês, para aqueles que não podiam comparecer à UBS no horário de oito da manhã a cinco da tarde, por trabalhar fora do município ou por compromissos laborais que não lhes permitem comparecer à unidade nesse horário, ocasião em que foram atendidos 12 destes usuários. Estas consultas eram agendadas pela enfermeira duas semanas antes, segundo solicitaram os agentes de saúde e eram levadas as propostas às reuniões de equipe. Antes da consulta a enfermeira sempre faz uma pequena palestra com orientações educativas.

Entre as atividades realizadas com a comunidade fizemos uma caminhada pela saúde onde participaram as quatro ESF do município, a nossa foi a mais destacada, pois tivemos a maior quantidade de participantes, foram convidados hipertensos e diabéticos de nosso grupo e ao final da caminhada fizemos exercícios de alongamento com um fisioterapeuta que conduziu a atividade.



Caminhada pela Saúde

As quatro reuniões do grupo de hipertensos e diabéticos planejadas foram realizadas na 'Casa do Idoso' do município por ser um local muito aconchegante e com uma estrutura física apropriada para realizar as palestras e os exercícios físicos. A quantidade de participantes nas reuniões esteve entre 42 e 69, a adesão em duas das ocasiões foi afetada por causa da chuva. A nutricionista participou em duas das reuniões, falou sobre a importância de uma alimentação saudável, lhes explicou a pirâmide alimentar e como montar um prato com alimentos na proporção correta dos alimentos, exibimos vídeos educativos e os agentes comunitários apresentaram duas peças de teatro sobre os temas debatidos. Também participou uma bioquímica, que é a funcionária responsável pela farmácia básica, que falou e orientou sobre os medicamentos e esclareceu dúvidas dos usuários. Com a professora de educação física tivemos aulas de ginástica, realizamos exercícios de alongamento e ao final uma dança, os pacientes adoraram. Ao final sempre preparamos um lanche com bolachas integrais e suco de frutas naturais trazidas tanto pelos pacientes como pela equipe. Os ACS apresentaram suas peças de teatro nos municípios de Cruz Alta e Santo Ângelo. A equipe gostaria de contratar um professor de educação física que conduzisse práticas periódicas de exercícios físicos na UBS quando estiver pronta das reformas para contemplar os usuários do grupo HIPERDIA e posteriormente a outros usuários da comunidade, entre eles, os idosos. Ainda está pendente a participação do dentista. Convidamos participar também a psicóloga e a trabalhadora social, todos são bem-vindos.



Reunião HIPERDIA

3.2 Ações revistas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas foram realizadas, contudo temos duas situações que nos preocupam que estão acontecendo no município há mais de um mês e que afetaram de alguma forma a intervenção: o município diminuiu significativamente o número de exames a realizar pelo SUS, pois financeiramente a secretaria de saúde não pode assumir o custo, por enquanto, só está sendo garantido exames às gestantes, aos menores de cinco anos e aos idosos e temos usuários que nos referem a impossibilidade de pagar os exames, a secretaria de saúde está começando a agendar os exames laboratoriais pelo SUS a partir do mês de setembro, data que começarão a realizar os exames dos usuários avaliados que ficaram pendentes. Outra situação que nos preocupa é a odontologia, que continua centralizada no município, e neste momento pelas reformas estruturais que se estão realizando encontra-se afetado o atendimento dos usuários, pois as consultas estão sendo feitas temporariamente na unidade móvel que pertencia ao ESF Rural, com capacidade só para uma cadeira, não consegue atender à demanda existente. Esta situação poderá ser revertida quando a reforma for concluída.

Além das situações apresentadas, pelo comprometimento da equipe no projeto pudemos atingir a meta proposta de acompanhar na unidade 50% dos diabéticos e 40% dos hipertensos sem afetar-se a qualidade do atendimento dos pacientes. Toda a equipe tem a intenção de manter o projeto como rotina na unidade, sendo possível a cada mês ampliar ainda mais o número de usuários cadastrados e acompanhados na UBS. Nossa intenção é chegarmos próximos de 100%.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não houve dificuldades para a coleta de dados, apesar de que ninguém na equipe havia utilizado a planilha de coletas de dados, toda a equipe foi capacitada e aprendeu a realizar a coleta e a sistematização dos dados da intervenção de forma correta. Tivemos em quantidade suficiente as fichas espelhos impressas.

Em todas as reuniões de equipe conversávamos sobre os indicadores da intervenção e sobre a rotina de coleta, registro e organização dos dados.

Semanalmente, os diários da intervenção eram elaborados por mim e as planilhas foram preenchidas e atualizadas em cada consulta.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações realizadas na intervenção já fazem parte da rotina de trabalho em nossa UBS, os integrantes de minha equipe de saúde sentem-se parte da intervenção, cada um contribuiu com seu conhecimento e com seu esforço para que o projeto fosse desenvolvido com êxito.

Para que a intervenção seja mantida e possa evoluir com os resultados, é importante destacar a necessidade da parceria da gestão municipal, garantindo os insumos, a estrutura e os recursos necessários ao bom funcionamento da ESF.

Acreditamos que o que contribuiu muito para que a intervenção se estabelecesse de fato na UBS foi o trabalho em equipe e o engajamento da comunidade, que fortaleceu e legitimou o nosso trabalho.

4. AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.

4.1. RESULTADOS

OBJETIVO 1: Ampliar a cobertura de acompanhamento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.1: Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde.

A nossa intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na UBS Portão, no município Salto do Jacuí. A população adstrita à UBS é de 2.921 habitantes, com um total de 376 hipertensos e 123 diabéticos segundo o cadastramento feito pelos Agentes Comunitários de Saúde. A cobertura de acompanhamento na unidade antes do início da intervenção era de 16% para a atenção aos hipertensos (60) e de 25% para os diabéticos (30), sendo objetivo do projeto de intervenção ampliar as coberturas para 40% e a um 50% respectivamente.

No primeiro mês foram acompanhados 41 hipertensos e 19 diabéticos, representando 10,9% e 15,4% de cobertura, no segundo mês tínhamos acompanhados um total de 89 hipertensos (23,7%) e 40 diabéticos (32,5%) Ao final da intervenção conseguimos acompanhar 150 hipertensos (40%) e 61 diabéticos (50%), atingindo assim a meta proposta segundo mostramos nos gráficos 1.1 e 1.2.

Entre as ações que contribuíram para a obtenção dos resultados estiveram a boa adesão dos pacientes à UBS, à colaboração de toda a equipe que trabalhou com muito entusiasmo e seriedade, as visitas domiciliares e as atividades de grupo realizadas.

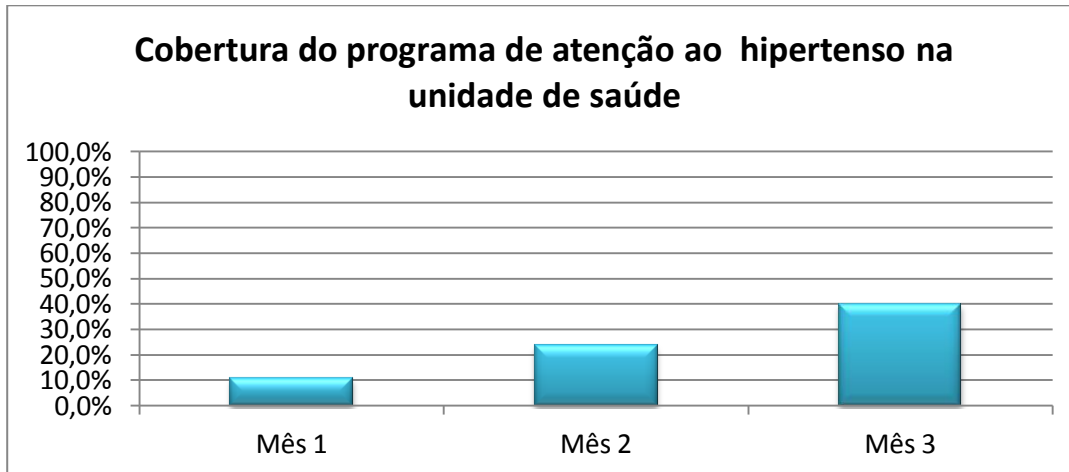


Gráfico 1.1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

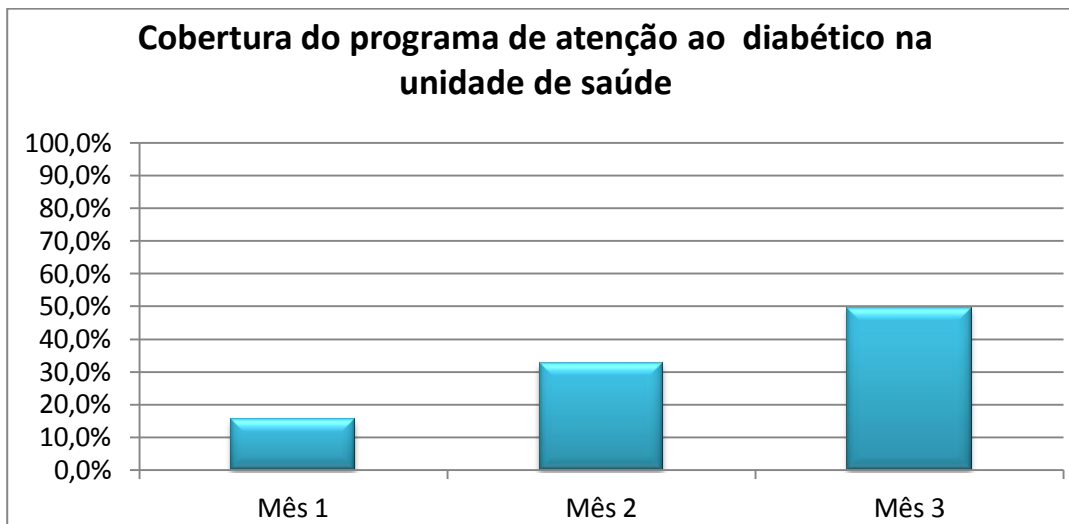


Gráfico 1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

OBJETIVO 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos.

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

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

As consultas dos pacientes foram feitas no consultório da UBS e se realizaram segundo o cronograma de atendimento dos pacientes elaborado pelos agentes de saúde e a enfermeira. Tivemos o caso de nove hipertensos (6%) dos 41 acompanhados durante o primeiro mês que estavam impossibilitados de assistir à consulta e lhes realizamos a visita

domiciliar para não afetar o cronograma, mas em muitos dos casos não existiam as condições adequadas para realizar o exame físico de qualidade e a balança que utilizamos para pesar os usuários tinha problemas, decidimos aproveitar a visita e só indicamos ou avaliamos os exames complementares que tinham data de menos de 3 meses de realizados, se revisou o tratamento medicamentoso, promovemos os hábitos alimentares saudáveis, assim como a prática de atividade física regular. O exame físico foi realizado em consulta posterior na UBS depois de um ajuste do cronograma. Todos compareceram sem problema.

A meta de exame clínico para os diabéticos foi alcançada em 100%.

Apesar das dificuldades expostas anteriormente pudemos realizar o acompanhamento dos 150 hipertensos e 61 diabéticos planejados para o projeto, todos foram pesados e medidos, tiveram a medição da circunferência abdominal, foi realizada a avaliação de risco cardiovascular e feito o exame físico geral e por aparelhos. (Gráfico 2.1)

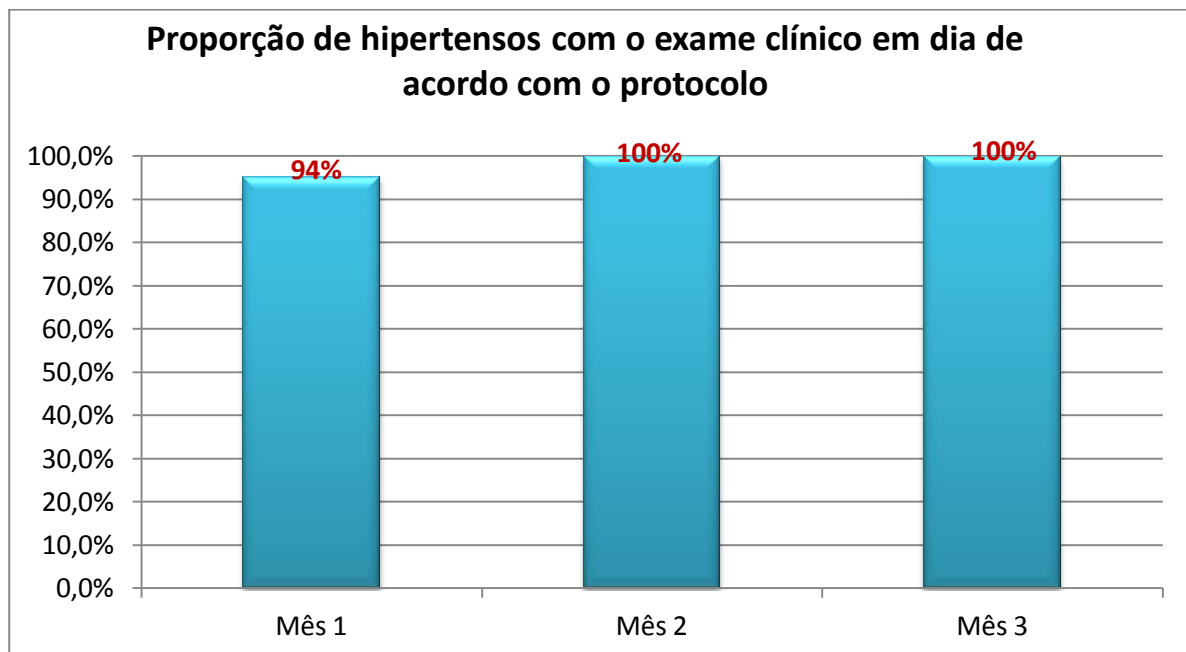


Gráfico 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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.

Foram avaliados e/ou indicados os exames complementares segundo o protocolo para 100% dos usuários. 141 hipertensos (94%) e 57 diabéticos (95%) realizaram os exames, pois nos dois últimos meses da intervenção o município cortou significativamente o número de exames a realizar pelo SUS, pois financeiramente a secretaria de saúde não pôde assumir o custo, por enquanto, só está sendo garantido às gestantes, aos menores de 5 anos e aos idosos e tivemos pacientes com a impossibilidade de pagar os exames. A Secretaria de Saúde está começando a agendar os exames laboratoriais pelo SUS com data para o mês de setembro, mês que começarão a realizar os exames dos usuários avaliados que ficaram pendentes. (Gráficos 2.3 e 2.4.).

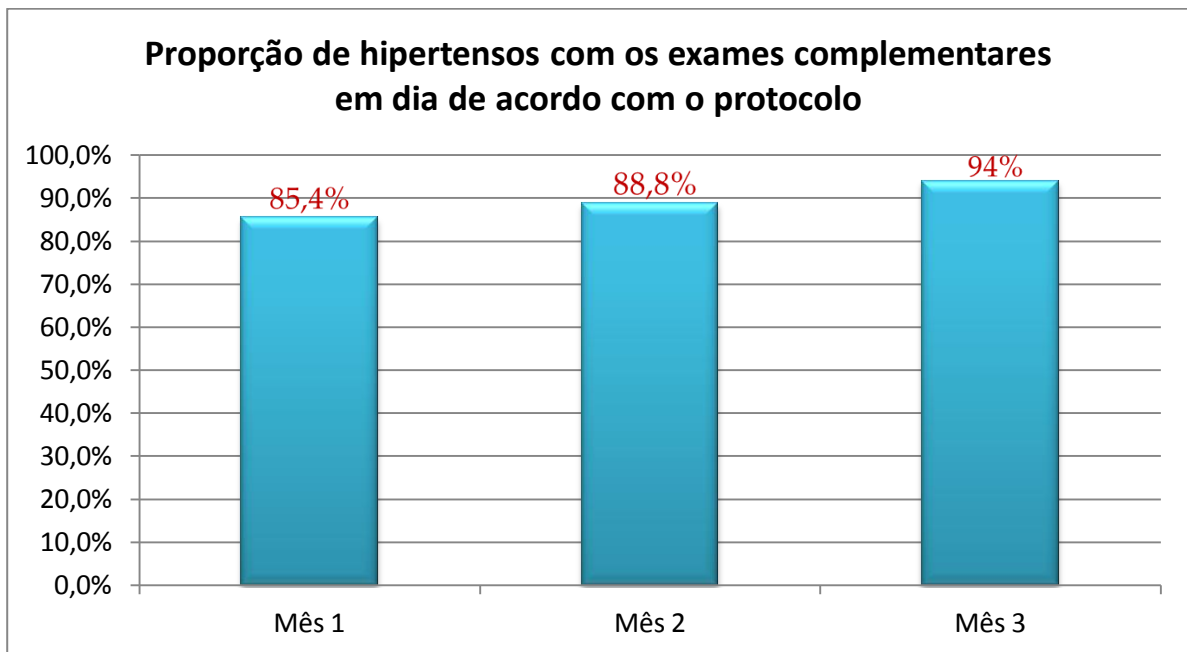


Gráfico 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

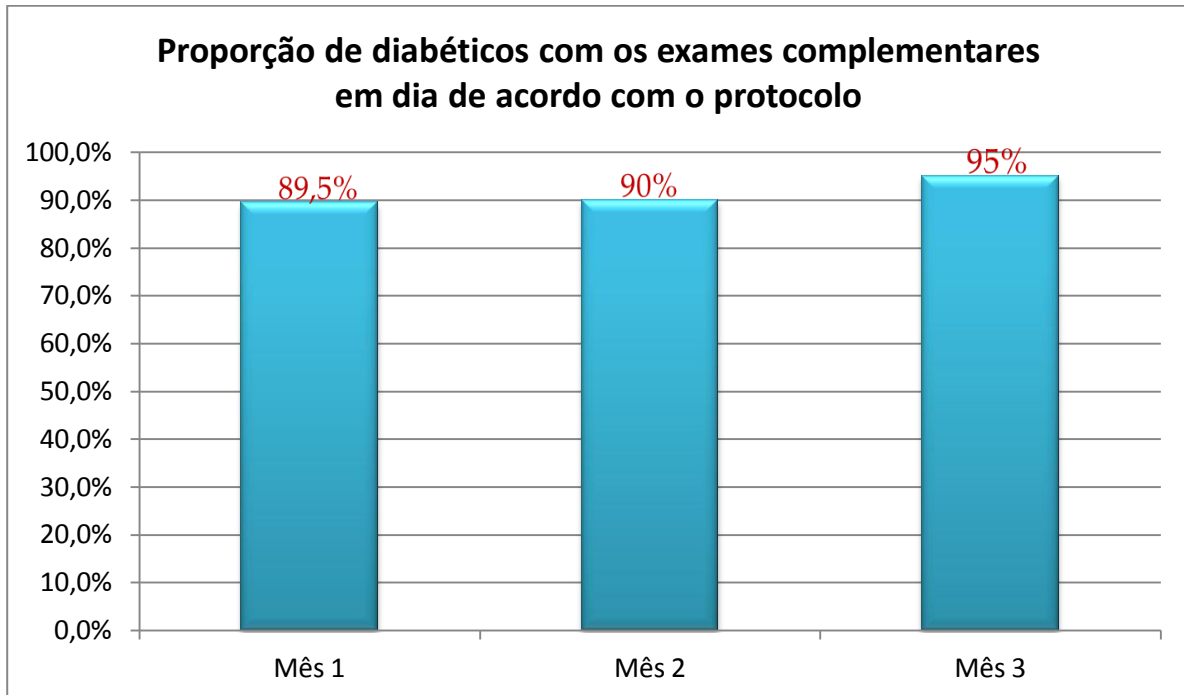


Gráfico 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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.

Fizemos a revisão do tratamento medicamentoso de 100% dos usuários, sendo modificado nos casos necessários. 114 hipertensos (76%) e 40 diabéticos (67,2%) utilizam os medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia Popular. (Gráficos 2.5 e 2.6)

A dificuldade de alcançar a meta foi porque estes usuários consultam também em clínicas privadas e lhe são prescritos medicamentos que não se encontram disponíveis na rede básica. Não foi por falta de medicamentos ou falta de adesão do usuário ao tratamento medicamentoso.

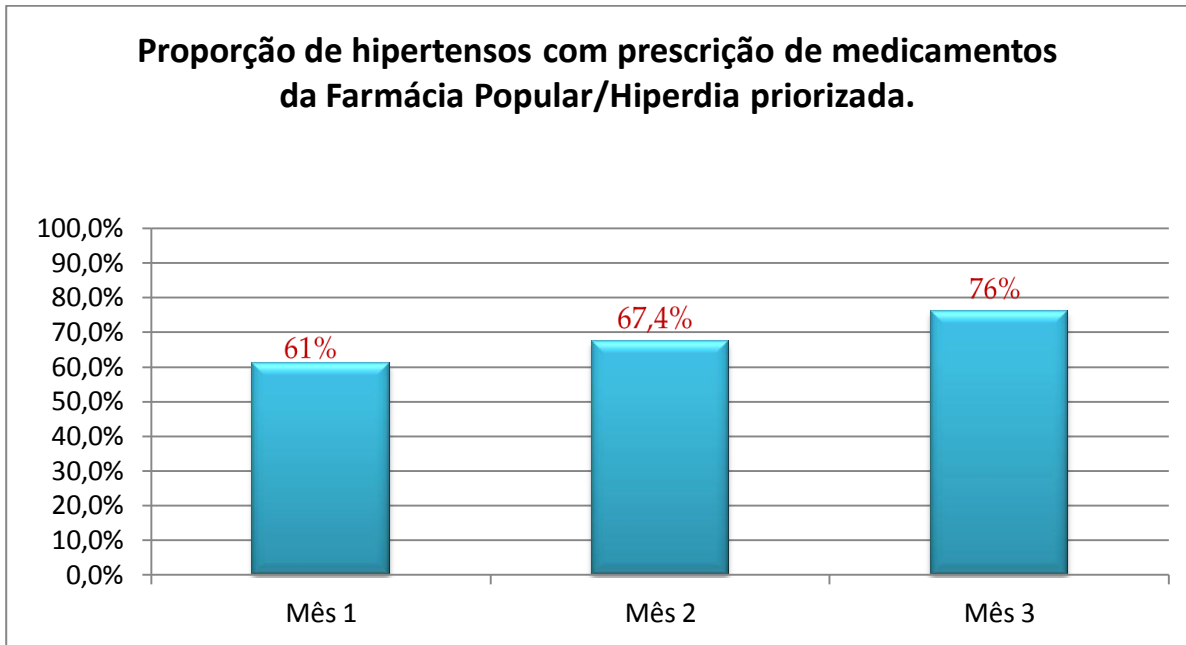


Gráfico 2.5. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

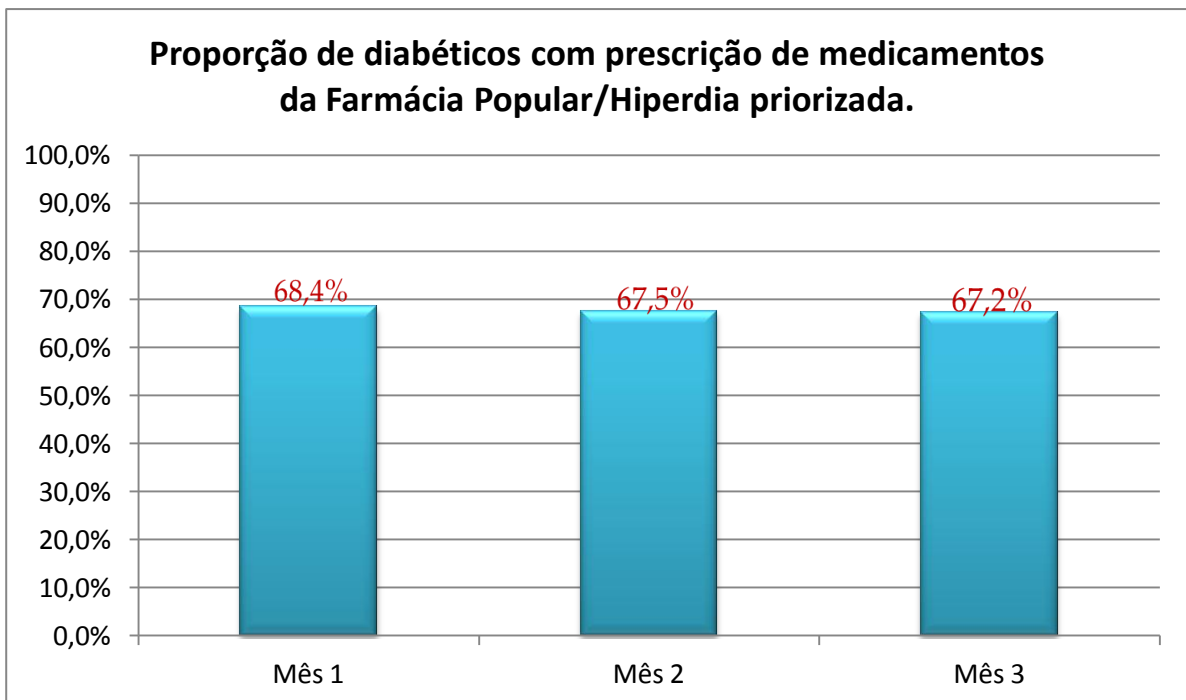


Gráfico 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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.

Realizou-se a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos. (Gráficos 2.7 e 2.8). No primeiro mês se realizou a avaliação a 38 hipertensos de 41 acompanhados na unidade de saúde (92,7%) e a 17 diabéticos de 19 (89,5%), alcançando-se no segundo e terceiro mês 100% das avaliações. Em nosso município o atendimento odontológico se encontra centralizado e existe uma demanda crescente de atendimento; para poder alcançar o indicador combinamos com os odontólogos o atendimento prioritário dos usuários que formavam parte do projeto de intervenção, o que foi concretizado.

Proporção de hipertensos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

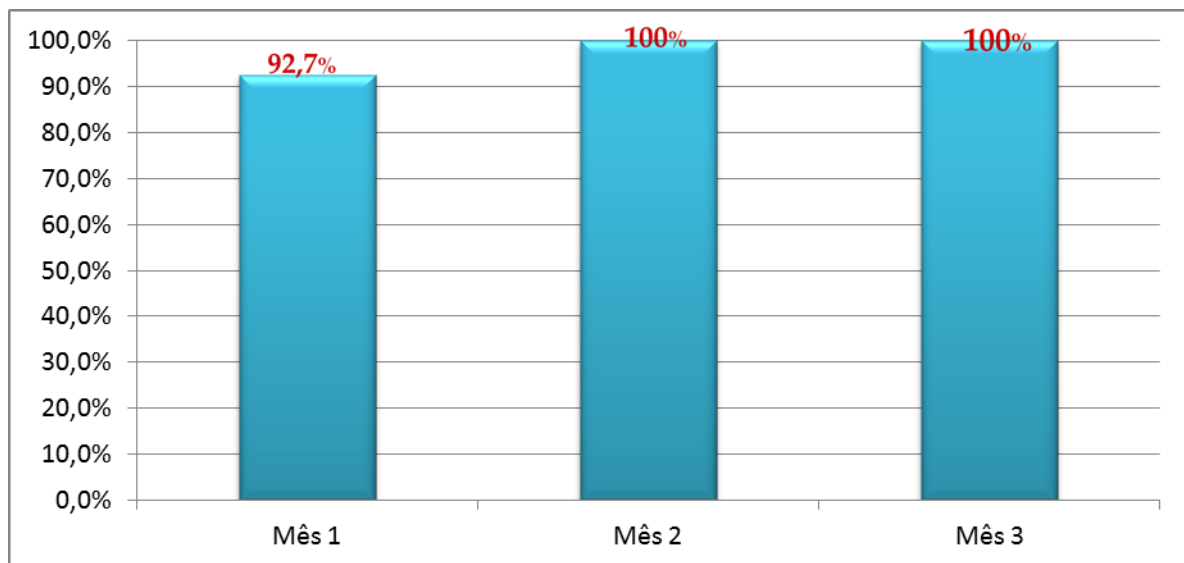


Gráfico 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Proporção de diabéticos com avaliação de necessidade de atendimento odontológico.

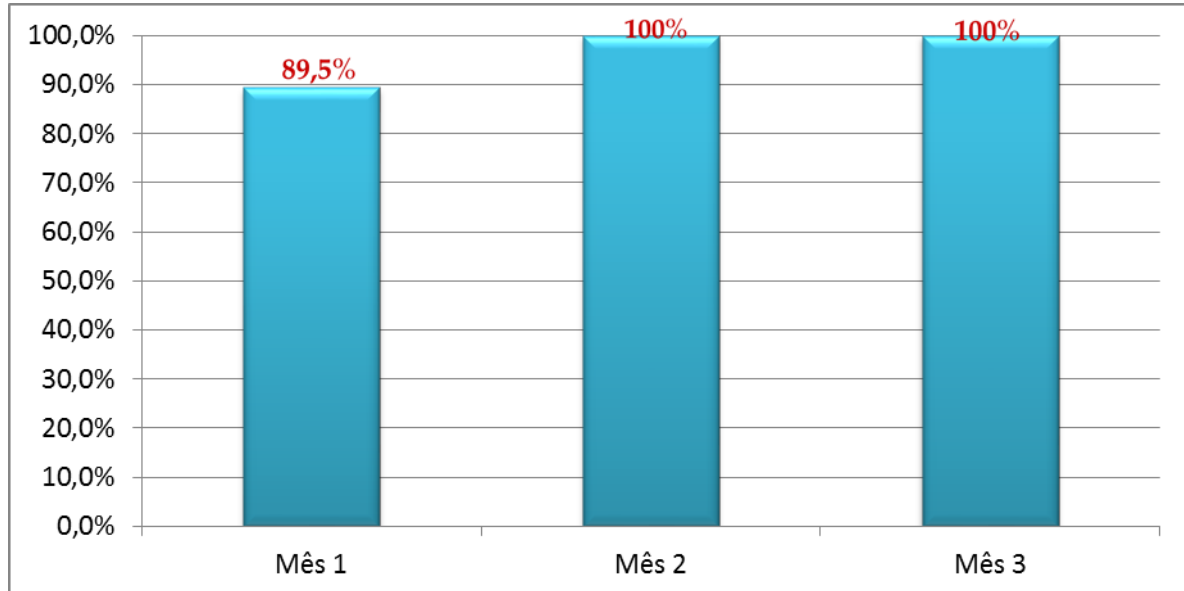


Gráfico 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

OBJETIVO 3: Melhorar a adesão de hipertensos e 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.

Não tivemos faltosos às consultas programadas em nenhum dos três meses da intervenção, o indicador pôde ser cumprido pela organização das visitas domiciliares dos ACS aos usuários previamente à consulta de acompanhamento na unidade segundo o cronograma elaborado.

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.

Foi revisado o registro específico do programa pela enfermeira durante toda a intervenção. No momento de cada consulta foi preenchida a ficha espelho, escrevendo também todas as ações no prontuário de 100% dos hipertensos e diabéticos avaliados durante os três meses da intervenção.

OBJETIVO 5: Mapear os 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.

100% dos pacientes hipertensos e diabéticos foram avaliados segundo o score de *Fragminham*, que mede o risco para doença cardiovascular durante os 3 meses de intervenção.

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 hipertensos.

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

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

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

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

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

Todas as metas de promoção à saúde dos hipertensos e diabéticos foram alcançadas em 100%. Todos os hipertensos e diabéticos cadastrados na intervenção receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, sobre a importância da prática regular de atividade física, sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

Em cada consulta foram promovidas ações de prevenção e promoção à saúde como a orientação nutricional sobre uma alimentação saudável, a prática regular de atividade física, a importância de manter um peso corporal adequado, os riscos do tabagismo e álcool, assim como de uma higiene bucal adequada para a prevenção das cáries.

Entre as atividades realizadas com a comunidade fizemos uma caminhada pela saúde onde participaram as quatro ESF do município, a nossa foi a mais destacada, pois tivemos a maior quantidade de participantes, foram convidados hipertensos e diabéticos de nosso grupo e ao final da caminhada fizemos exercícios de alongamento com o fisioterapeuta que conduziu a atividade.

As reuniões do grupo de hipertensos e diabéticos foram realizadas na 'Casa do Idoso' do município por ser um local mais adequado para reunir as pessoas. Os encontros são oportunidades muito importantes para a promoção da saúde. A quantidade de participantes que frequentam as reuniões é sempre boa, entre 40 e 70 pessoas. Convidamos sempre um profissional diferente para nos apoiar, a exemplo da nutricionista, a educadora física e fisioterapeuta.



Fotografia 14. Capacitação com a equipe



Fotografia 15. Visita domiciliar a 2 hipertensos

4.2 DISCUSSÃO

O desenvolvimento da intervenção em nossa unidade permitiu que a cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos da área de abrangência fosse ampliada, que era muito baixa, pois a unidade no início funcionava como Unidade Básica Central e não como Estratégia de Saúde da Família, começando o acompanhamento dos usuários a partir de nosso trabalho no consultório. Tudo isto trouxe uma melhoria da qualidade da atenção aos usuários na UBS assim como a adesão deles ao programa. Também foi melhorado o registro das informações dos usuários, utilizamos a ficha espelho, a ficha clínica e a planilha de coleta de dados. Todos os pacientes foram mapeados com relação ao risco para doença cardiovascular com promoção de ações de saúde. A meta de cobertura alcançou o 40 % dos hipertensos (150) e o 50 % dos diabéticos (61) residentes na área de abrangência, meta de cobertura atingida considerando que a intervenção foi planejada para se desenvolver, no início, em 16 semanas, tendo que ser modificada depois para 12 semanas devido às férias.

A equipe de saúde foi beneficiada com a intervenção, ao poder ser capacitada com os protocolos de atendimento e conduta clínica referentes ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus

recomendados pelo Ministério da Saúde. As capacitações tiveram um impacto positivo em diversas atividades no serviço, como no acolhimento e no atendimento geral na unidade de saúde.

Organizaram-se e atualizaram-se os dados da população alvo através da organização dos registros dos pacientes, realizou-se o mapeamento de risco para doença cardiovascular, e tivemos melhora na organização do serviço para receber esta população.

Importância da Intervenção para a Equipe:

A intervenção também permitiu delimitar as atribuições de cada membro da equipe, alcançar uma melhor integração da equipe, assim como uma maior organização do trabalho tentando manter a ação programática como parte das atividades rotineiras da equipe e do serviço.

Importância da Intervenção para a Comunidade:

Para a comunidade, houve uma melhoria da qualidade do atendimento e acompanhamento na unidade. Foi criado o grupo de hipertensos e diabéticos (HIPERDIA) que representou uma maior participação e engajamento público. A comunidade entende da importância do acompanhamento dos usuários com hipertensão e diabetes na UBS e apesar da ampliação da cobertura do programa, ainda temos um número importante sem acompanhar na unidade. A comunidade compreendeu a importância de sua participação nas decisões e na gestão do serviço. Melhora do engajamento da comunidade às ações propostas pela equipe.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento:

Se iniciasse a intervenção neste momento, tentaria um maior engajamento e comprometimento junto à gestão de saúde do município.

5. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA OS GESTORES

Prezados gestores

Sr. Eloy Hirsch

Secretário de Saúde do Município Salto do Jacuí

Sra. Marta Petri

Coordenadora Atenção Básica Salto do Jacuí

Sou a doutora Milagros Luisa Véliz Aguilera, trabalho na UBS Portão. Durante 12 semanas foi desenvolvida uma intervenção no programa de atenção aos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes da nossa área adstrita à UBS. Essa intervenção faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) da especialização em saúde da família que venho fazendo como integrante do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB), realizado pela Universidade Federal de Pelotas (UFPel) em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). Destaco que essas 12 semanas foram precedidas de outros nove meses de atividades do curso de especialização.

Em abril de 2015 começamos a desenvolver a intervenção em nossa unidade de saúde que teve como objetivo fundamental melhorar a qualidade da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos na UBS Portão. Antes de nossa chegada ao município e do início da intervenção estes pacientes eram atendidos em outros consultórios, pois só existia uma equipe de Estratégia Saúde da Família no município. Fizemos uma análise situacional no início da intervenção, através da qual percebemos que os hipertensos e diabéticos de nossa área não tinham um acompanhamento adequado da doença e que havia uma sobrecarga de consultas no plantão do hospital do município por pessoas portadoras de HAS e DM. Essa situação foi revertida ao serem aprovadas três novas equipes de ESF e estabelecer-se limites geográficos para cada ESF.

A intervenção nos permitiu melhorar a qualidade do atendimento na unidade. Durante os três meses de intervenção, conseguimos ampliar a cobertura de

acompanhamento dos hipertensos de 60 (16%) para 150 (40%), e de diabéticos de 30 (25%) para 61 (50%), tendo um papel muito importante o comprometimento da equipe da UBS.

Foi finalizado o cadastramento das famílias pelos agentes comunitários de saúde a partir da redistribuição do território.

As consultas foram feitas no consultório e se realizaram segundo o cronograma de atendimento dos usuários elaborado pelos agentes de saúde e a enfermeira. Todos foram avaliados, pesados, com medida da altura e da circunferência abdominal realizada, foi realizado o exame físico e avaliação de risco cardiovascular segundo o Score de *Fragminham*, avaliamos e indicamos os exames laboratoriais segundo a necessidade de cada usuário, fizemos a revisão do tratamento medicamentoso vigente de cada usuário.

Realizamos ações de promoção à saúde como a orientação nutricional sobre alimentação saudável, a prática regular de atividade física, a importância de manter um peso corporal adequado, os riscos do tabagismo e uso de álcool, assim como uma higiene bucal adequada.

Trabalhamos realizando a busca ativa dos diabéticos e hipertensos faltosos através dos ACS visando melhorar a adesão ao programa. Mantivemos os registros das consultas atualizados através do prontuário do paciente, da ficha espelho e da planilha de coleta de dados.

Foram atualizados os dados referentes ao programa da saúde de hipertensos e diabéticos na unidade. Todos os profissionais da equipe da UBS receberam capacitação e atualização sobre hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus segundo o protocolo recomendados pelo ministério da saúde.

Os gestores do município foram muito receptivos e colaboraram o tempo todo para um melhor desenvolvimento da intervenção e a implementação do programa na UBS garantindo a logística necessária como: a impressão das fichas espelho e protocolos na gráfica do município, balança para medir e pesar os usuários, assim como um esfigmomanômetro novo, pois o que tínhamos no consultório precisava ser substituído, também foram garantidas folhas de papel, canetas e material educativo sobre hipertensão e diabetes. A gestão também nos apoiou com a divulgação pelo jornal e rádio comunitária, e participou das reuniões da equipe discutindo diversos temas conosco.

Um aspecto dependente da gestão que foi discutido com o secretário de saúde na reunião de equipe para resolver é a garantia do transporte para as visitas domiciliares, que

até o momento tem sido muito instável, e para assegurar a atividade temos utilizado o transporte particular da enfermeira e dos agentes de saúde. Com a melhora do transporte incrementaríamos o número de visitas domiciliares aumentando a cobertura e o acesso ao programa, pois muitas vezes estes usuários são idosos com dificuldade de se deslocarem até a UBS.

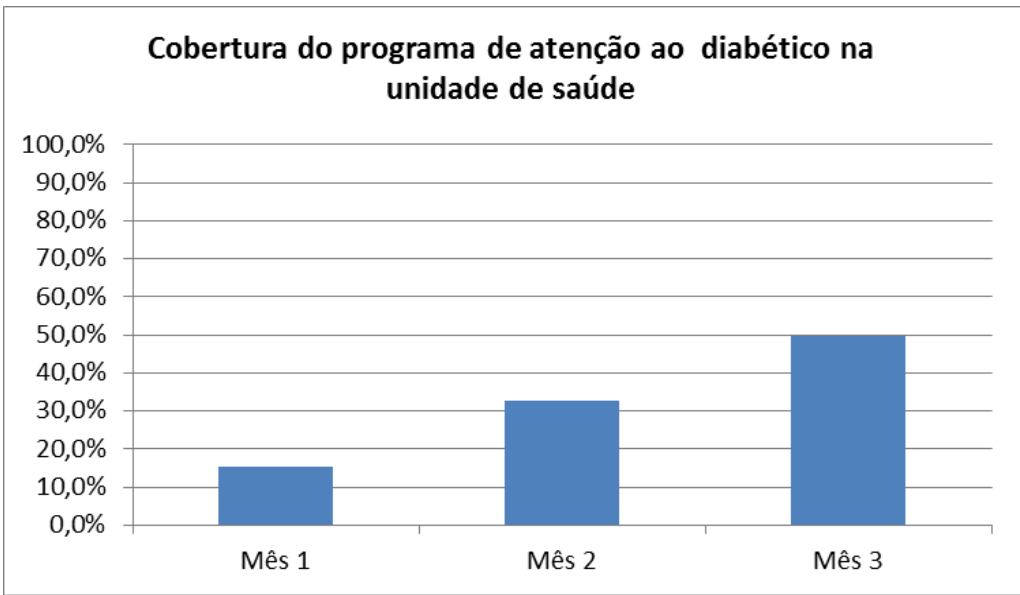
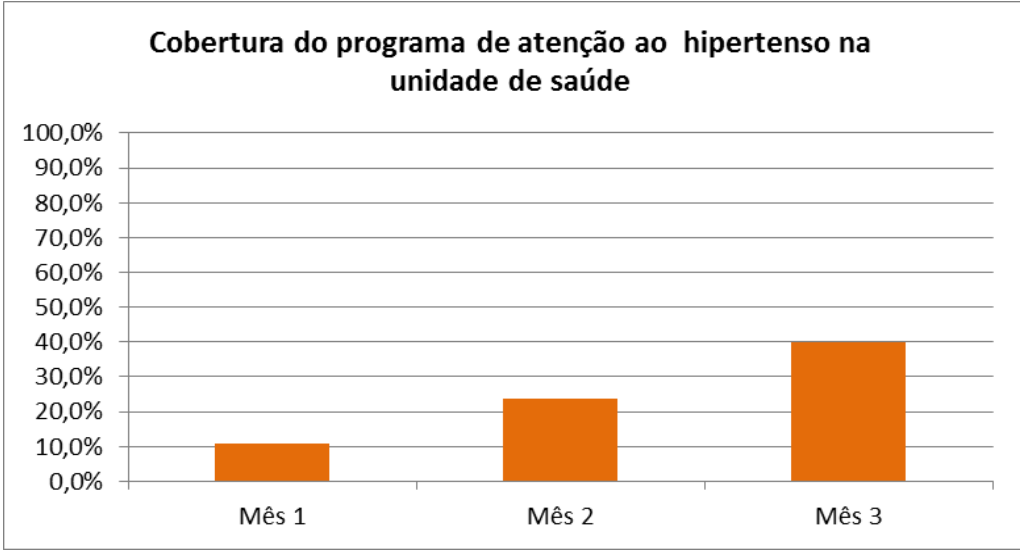
Durante a intervenção tivemos dificuldades relacionadas ao atendimento odontológico e a realização dos exames de laboratório pelo SUS. O primeiro encontra-se centralizado no município e neste momento passa por reformas estruturais, o que tem afetado o atendimento. No segundo o município limitou significativamente o número de exames a realizar pelo SUS, por enquanto, só está sendo garantido o acesso a exames para gestantes, menores de 5 anos e idosos.

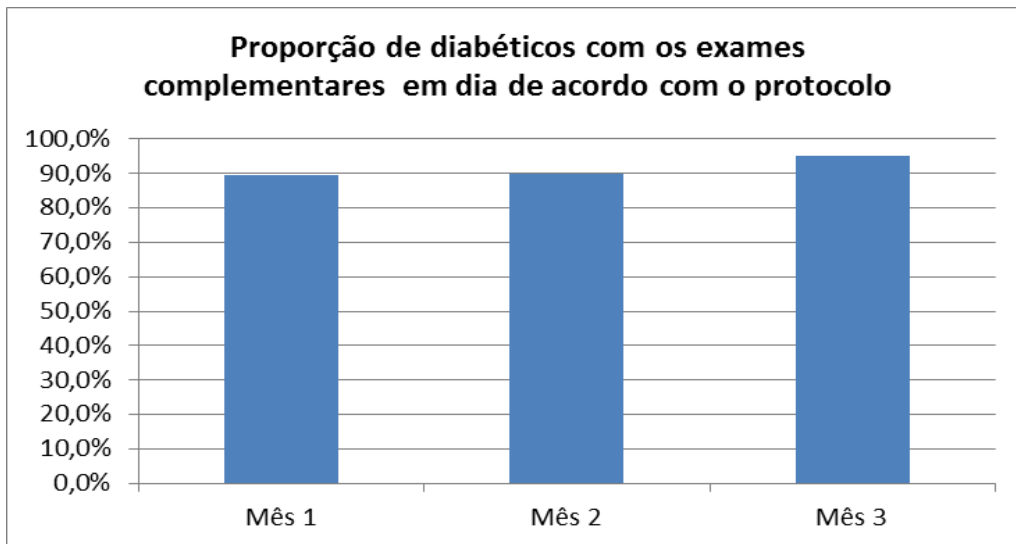
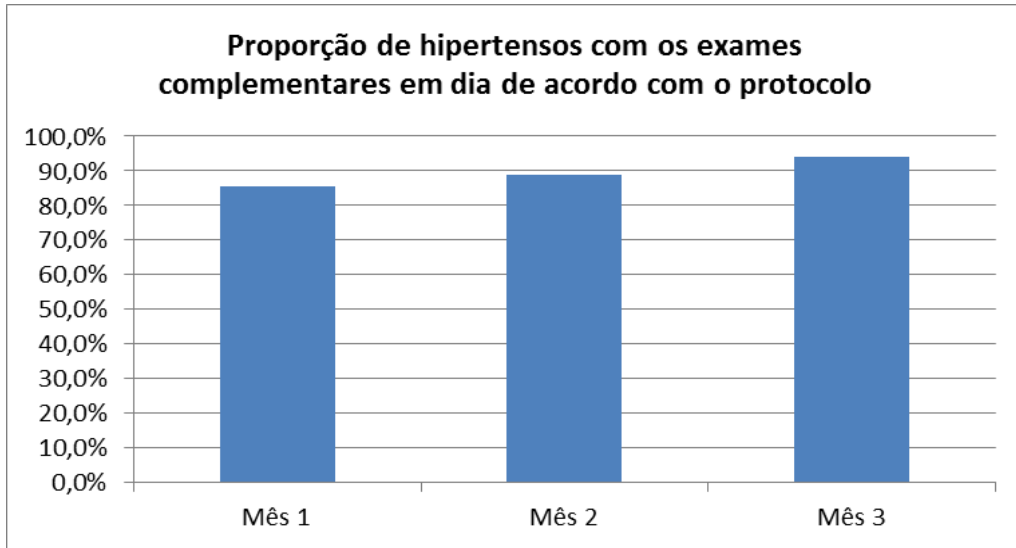
A intervenção integrou-se na rotina do nosso serviço.

A importância da nossa intervenção é refletida na manutenção dos hipertensos e diabéticos com uma adequada qualidade de vida, para assim prevenir as complicações que podem interferir no estado de saúde dos indivíduos.

A colaboração da gestão foi fundamental para alcançarmos as metas propostas e implementar o programa na UBS. A gestão garantiu a logística necessária para o desenvolvimento da intervenção como a impressão das fichas espelho, os Cadernos de Atenção Básica de HAS e DM, e outros materiais necessários, proporcionou materiais de consumo e ferramentas para as capacitações como: folhas, canetas, multimídia de hipertensão e diabetes, colaborando também com a divulgação pelo jornal e a rádio.

Agradecemos todo o apoio oferecido durante o desenvolvimento da intervenção, e contamos com este apoio para a manutenção de nossas conquistas, na certeza de qualificar sempre os serviços de saúde oferecidos à população.





6. RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO PARA A COMUNIDADE

Durante 12 semanas, foi realizada uma intervenção para melhorar a qualidade da assistência à saúde dos hipertensos e diabéticos aqui na UBS Portão. Antes de nossa chegada ao município e no começo da intervenção as pessoas que tinham diabetes e/ou hipertensão eram atendidas em outros serviços de saúde ou no plantão do hospital da cidade.

Como sabem, o nosso posto está composto por uma equipe com vários profissionais: uma médica, uma enfermeira, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde; temos como parte de nossa população 2.921 habitantes.

Na unidade de saúde temos 376 hipertensos e 123 diabéticos, antes do projeto de intervenção eram acompanhados 60 hipertensos e 30 diabéticos, com a realização das ações, chegamos ao final do terceiro mês com 150 hipertensos e 61 diabéticos cadastrados.

A equipe de saúde oferece à população consultas médicas, consultas de enfermagem, visitas domiciliares, prescrição de medicamentos, de exames clínicos, encaminhamentos para especialistas, coleta de exame citopatológico, aferição de pressão arterial, teste de glicose (açúcar no sangue), teste rápido de HIV e Sífilis, acompanhamento de hipertensos e diabéticos e de outras doenças comuns em nossa comunidade.

Com o acompanhamento mais planejado e organizado dos pacientes com hipertensão e/ou diabetes pudemos realizar ações de prevenção e de cuidados com a saúde, identificação de situações de risco buscando atuar de forma precoce, diminuindo a chance de complicações dessas doenças.

Organizamos o agendamento das consultas, segundo o cronograma elaborado pelos agentes de saúde e pela enfermeira. Todos os usuários foram avaliados clinicamente de forma integral.

Foram atualizados os dados referentes ao programa da saúde de hipertensos e diabéticos na unidade. Conseguimos identificar pessoas na comunidade com hipertensão e com diabetes que nem sabiam que tinham a doença. Assim, ampliamos o número de pessoas que são acompanhadas aqui na nossa UBS.

Foi feita uma caminhada pela saúde com o objetivo de alertar a todos sobre a importância da atividade física, da adoção de hábitos de vida mais saudáveis e para divulgar as nossas ações também. Participaram da caminhada as quatro equipes de saúde

da família do município, com uma boa participação da comunidade e dos hipertensos e diabéticos de nosso grupo.

Todas as reuniões planejadas do grupo de hipertensos e diabéticos foram realizadas na “Casa do Idoso” do município, com a participação de outros profissionais nas palestras.

Nossos resultados foram positivos e uma parte importante da comunidade colaborou de diversas formas para alcançarmos as metas propostas, acolhendo o projeto, divulgando e participando das diferentes atividades organizadas pela equipe de saúde.

A intervenção continuará como parte da rotina de nosso posto. Os agentes de saúde elaborarão outro cronograma de atendimento junto com a enfermeira. Outro espaço que disponibilizaremos será a consulta do Dia do Homem, um dia do mês para os homens que não podem vir ao posto no horário de funcionamento do posto por coincidir com o horário de trabalho.

Agradecemos a colaboração, a parceria e a adesão de todos às ações que desenvolvemos. A participação da comunidade na gestão de nosso serviço é sempre bem vinda e representa uma oportunidade para o trabalho voltado para as necessidades de nossa comunidade.

7. REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO DE APRENDIZAGEM

O curso de especialização em saúde da família em primeiro lugar me proporcionou ferramentas para desenvolver minhas habilidades e para meu aperfeiçoamento como profissional tanto no trabalho do dia a dia na Unidade Básica de Saúde, como na minha qualificação para atuação na atenção à saúde dos usuários e da comunidade.

Em segundo lugar a partir do desenvolvimento da intervenção foi evidente a melhoria na qualidade das ações desenvolvidas na unidade, permitindo-nos identificar e aplicar estratégias necessárias e adequadas para esta melhoria. A intervenção influenciou positivamente toda a equipe, o que impulsionou através dos treinamentos e capacitações o crescimento da equipe. A equipe foi capacitada com os protocolos de atendimento de Hipertensão e Diabetes Mellitus recomendados pelo Ministério da Saúde e isto permitiu além do alcance de um maior conhecimento das patologias nos permitiu também delimitar as atribuições de cada membro da equipe, fortalecendo todo o trabalho no serviço.

Com a intervenção se estreitaram e fortaleceram as relações interpessoais entre todos os integrantes da equipe, que colaboraram e participaram com verdadeiro entusiasmo para o fortalecimento do trabalho na unidade. O espaço das reuniões sistemáticas da equipe é um momento importante e necessário para a análise e a tomada de decisões e nos ajudou a uma melhor organização do trabalho.

No plano pessoal, foi um desafio o desenvolvimento do curso a distância em um ambiente virtual e o processo de dominar completamente as tecnologias da informação e comunicação eletrônicas. O curso me oportunizou conhecer melhor o sistema de saúde brasileiro e aplicar ferramentas para análise e desenvolvimento de ações necessárias para melhorar a saúde de nossa comunidade.



Fotografia 16. Equipe UBS Portão

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e *Diabetes mellitus* (DM): protocolo /Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde do. Manual de Estrutura Física de UBS-SF2ªEdMS2008. Portaria N°4. 217de 28 de Dezembro de 2010.

BRASIL, Ministério de Saúde. Caderno de Atenção básica 36. Diabetes Mellitus. Brasília 2013.

BRASIL, Ministério de Saúde. Caderno de Atenção básica 37. Hipertensão Arterial. Brasília 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 14.).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica nº 29 – Rastreamento. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília, 2012. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, v. 2).

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Diabetes Mellitus tipo 2: diretriz de atenção à pessoa com Diabetes Mellitus. Curitiba, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. Brasília, 2006c. (Caderno de Atenção Básica n. 12).

BRASIL. Ministério da saúde. Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/reorganizacao_plano.pdf>. Acesso em 18.11.2014

Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus. Brasília, 2006b. (Caderno da Atenção Básica n. 16).

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS. Vice-Reitoria. Coordenação de Bibliotecas. Manual de normas UFPel para trabalhos acadêmicos. Pelotas, 2013. Revisão técnica de Aline Herbstrith Batista, Carmen Lúcia Lobo Giusti e Elionara Giovana Rech. Disponível em: <<http://sisbi.ufpel.edu.br/?p=documentos&i=7>> Acesso em: 20. 01.2015

ANEXOS

Anexo C - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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


Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

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

Eu, _____, (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