

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica
e/ou diabetes mellitus na UBS Nova Ramada, Nova Ramada/RS**

Yeline de la Caridad Tosis Nuez

Pelotas, 2015

Yeline de la Caridad Tosis Nuez

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica
e/ou diabetes mellitus na UBS Nova Ramada, Nova Ramada/RS**

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

Orientadora: Daniela Seady

Pelotas, 2015

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

N972m Nuñez, Yeline de la Caridad Tosis

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Nova Ramada, Nova Ramada/RS / Yeline de la Caridad Tosis Nuñez; Daniela Seady, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

84 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. Seady, Daniela, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho aos meus filhos e meus pais, eles são os motores impulsores para que eu continue dedicada à minha profissão. Deus os abençoe sempre.

Agradecimentos

Primeiro agradeço a Deus, por permiti-me estar aqui neste lugar e neste momento. Eu quero agradecer a toda minha equipe de saúde, aos gestores, e em especial às minhas orientadoras Fabiana Floriano, Daniela Seady, Talita Monteiro e Fabiana Barros Marinho por me orientar, ajudar e apoiar com a realização deste trabalho.

Resumo

NUNES, Yeline de la Caridad Tosis. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Nova Ramada, Nova Ramada/RS.** 2015.86 82f. 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 é conceituada como uma síndrome caracterizada pela presença de níveis tensionais elevados associados a alterações metabólicas, hormonais e a fenômenos tróficos. A Diabetes Mellitus é uma enfermidade crônica que se caracteriza por apresentar altos níveis de açúcar no sangue. A insulina é um hormônio necessário para transformar o açúcar dos alimentos em energia que necessitamos para realizar as atividades de nossa vida diária. É produzida pelo pâncreas, que é um órgão que se encontra na região esquerda do abdômen. O controle dos fatores de risco da Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus e seu tratamento são uns dos maiores desafios da Atenção Básica em Saúde. Diante dessa realidade a UBS Nova Ramada, Município Nova Ramada entre os meses fevereiro a junho, sendo o mês de fevereiro minhas feiras, de 2015 realizou uma intervenção em saúde objetivando melhorar a atenção à saúde da pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus pertencente a área de cobertura. Os aspectos abordados foram relacionados à cobertura, adesão, qualidade da atenção, registros adequados, mapeamento de risco da população relacionada a ação programática, além de monitoramento das complicações cardiovasculares em usuários hipertensos e /ou diabéticos. Os métodos utilizados para ações educativas foram roda de conversa, com auxílio de projetores, vídeos e folders. Este trabalho confirma a necessidade e a importância de temas profissionais de saúde capacitados para desenvolver ações qualificadas de intervenção na assistência aos usuários hipertensos e/ou diabéticos a fim de melhorar a qualidade de vida de todos. Concluiu-se que houve melhoria quanto ao conhecimento pela população sobre hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus sobre os fatores de riscos abordados, suas complicações e a importância de adesão ao tratamento, além da ampliação da cobertura, pois, foram acompanhados 263 (70,1%) usuários com hipertensão e 65 (70,7%) com diabetes, promovendo melhoria da qualidade de vida desta parcela da população. As ações permanecerão na rotina do serviço e serão ampliadas para outras ações programáticas desenvolvidas na unidade.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia do encontro com o grupo de Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS do Município Nova Ramada/RS 2015	56
Figura 2	Fotografia do encontro com o grupo de usuários com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS do Município Nova Ramada/RS 2015	56
Figura 3	Fotografia do encontro com o grupo de Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS do Município Nova Ramada/RS 2015	57
Figura 4	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	60
Figura 5	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	61
Figura 6	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia.	63
Figura7	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia	63

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
DAC	Doença arterial coronária
DM	Diabetes Mellitus
EaD	Educação a distância
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
GMA	Grupo de Monitoramento e Avaliação da Intervenção
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
NAAB	Núcleo de Apoio a Atenção Básica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
SUS	Sistema Único de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
IMC	Índice de massa corporal
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
CAP	Caderno de Ações Programáticas
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional. ..	21
2 Análise Estratégica	23
2.1 Justificativa	23
2.2 Objetivos e metas	26
2.2.1 Objetivo geral	26
2.2.2 Objetivos específicos e metas	26
2.3 Metodologia	28
2.3.1 Detalhamento das ações	28
2.3.2 Indicadores	40
2.3.3 Logística	46
2.3.4 Cronograma.....	49
3 Relatório da Intervenção.....	51
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	51
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	56
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	56
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	57
4 Avaliação da intervenção.....	58
4.1 Resultados.....	58
4.2 Discussão	68
5 Relatório da intervenção para gestores	70
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	73
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	75
Referências	77
Anexos	78

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade de Ensino a Distância, pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UFPel/UNASUS). Foi realizado por meio de uma intervenção cujo objetivo foi melhorar a atenção à saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus na Unidade Básica de Saúde (UBS) Nova Ramada, no município de Nova Ramada/ RS. O volume está organizado em sete unidades seguindo o cronograma proposto pelo curso. A primeira é a análise situacional da UBS Nova Ramada, apresentando a descrição do município, da unidade, da equipe, processo de atendimentos aos usuários e a participação deles aos grupos. A segunda é a análise estratégica que foi o planejamento da intervenção, e foi planejada para ser realizada em 16 semanas, mas foi reduzida por orientação do curso para ser realizada durante 12 semanas. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção onde são apresentados os resultados obtidos. A quarta parte apresenta a avaliação da intervenção com a discussão dos resultados e o relatório da intervenção para os gestores e para a comunidade. A última parte do volume contém a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem durante o curso. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início em julho de 2014 e finalizou em Novembro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.

Eu trabalho no município Nova Ramada, RS. O município conta com uma Unidade Básica de Saúde com uma equipe de saúde. Atuo como médica na Unidade Básica de Saúde (UBS) Nova Ramada, que atende a uma população de 2.464 pessoas. A UBS tem boa estrutura e está composta por 2 consultórios médicos, 1 consultório odontológico, 1 sala de curativo, 1 sala de vacina, 1 sala de observação, farmácia, direção, sala de espera, recepção, cozinha, sala de reuniões e banheiros para usuários e para trabalhadores.

A equipe de saúde da família é composta por médico, enfermeira, técnica de enfermagem, odontóloga, auxiliar de saúde bucal e seis agentes comunitários de saúde. O horário de atendimento começa às 8 horas de manhã até 12 horas e de 13 horas até 17 horas. As consultas são agendadas, também tem consultas de demanda imediata. São consultados todos os usuários que precisam atendimento e são realizadas visitas domiciliares em 1 dia na semana aos usuários que apresentam dificuldades para se dirigir à UBS, usuários com doenças crônicas, acamados gestantes e crianças. Também fazemos grupos de hipertensos e diabéticos a cada quinze dias e realizamos atividades de promoção e prevenção em saúde, assim como sobre doenças crônicas não transmissíveis e outros temas. As principais doenças que são atendidas na unidade são: afeções respiratórias, hipertensão arterial sistêmica (HAS), diabetes mellitus (DM) e doenças relacionadas à saúde mental, tais como depressão e ansiedade. Neste tempo que eu estou trabalhando percebo que existe um abuso com os medicamentos antidepressivos, antipsicóticos, entre outros, por isso estamos trabalhando muito, fazendo um grande esforço para melhorar esta situação e contribuir com a qualidade de vida da população.

Todas estas situações são analisadas nas reuniões de equipe com todo o pessoal de trabalho onde planejamos as atividades em conjunto para um melhor cumprimento das mesmas. As reuniões da equipe são semanais.

Minha relação com a comunidade é favorável, eu entendo bem os usuários e a maioria deles entendem o que eu falo, eu acredito que com a prática meu português vai melhorar. A população está muito agradecida com nosso trabalho, espero que com o tempo melhore cada dia mais, porque a nossa maior satisfação é alcançar uma melhor qualidade de vida para todos.

Na área adstrita da UBS temos escolas, creches e várias instituições religiosas. A área de abrangência da equipe apresenta uma pirâmide populacional envelhecida, mas ainda não contamos com estratégias precisas para o atendimento desta parcela da população. Neste momento, estamos trabalhando neste sentido, pois já temos o pessoal técnico em enfermagem e os ACS fazendo o curso de capacitação em atenção ao usuário idoso, a fim de nos trazer novas perspectivas para o atendimento para a população idosa. Existe no município grupos de apoio ao usuário idoso como os grupos de reeducação alimentar; de usuários que sofrem de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou de Diabetes Mellitus (DM) e grupo para caminhada orientada.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Nova Ramada pertence à Microrregião do Planalto MédioAMUPLAM, COREDE - Noroeste Colonial, Macrorregião Missioneira, 13ª Região de Saúde – Região da Diversidade e à 17ª Coordenadoria Regional de Saúde, com sede em Ijuí, na qual integram os municípios de Ajuricaba, Augusto Pestana, Bozano, Campo Novo, Catuípe, Chiapetta, Condor, Coronel Barros, Criciumal, Humaitá, Ijuí, Inhacorá, Jóia, Nova Ramada, Panambi, Pejuçara, Santo Augusto, São Martinho, São Valério do Sul e Sede Nova.

De acordo com o Censo de 2010, a população de Nova Ramada é de 2.464 habitantes, sendo a população masculina superior à feminina: 1.246 habitantes do sexo masculino e 1.191 habitantes do sexo feminino, ou seja, em Nova Ramada 48.87% da população são mulheres e 51.13% homens. Contando também com uma população rural de 1.767 pessoas e população urbana de 670 pessoas. A população de adultos jovens (nas faixas etárias entre 25 e 39 anos) na área de abrangência da UBS é menor do que o estimado com base na distribuição brasileira.

O município possui uma área territorial de 254,9 km², com relevo bastante homogêneo e considerado levemente ondulado, representando 0,0948% do Estado, 0,0452% da Região e 0,003% de todo o território brasileiro. Situa-se num ponto bastante elevado no Planalto Médio, com uma altitude média de 511m. A área da abrangência no município é rural e urbana.

O município possui uma economia baseada essencialmente na agricultura e pecuária, usando recursos próprios para financiar agricultores em projetos como a Bacia Leiteira e Criação de Suínos, entre outros. Os produtos mais cultivados são: o trigo, soja, milho, feijão e aveia. Na pecuária desenvolveu-se, em especial, a criação de bovinos e suínos.

Em relação à economia nos níveis secundário e terciário, o município encontra-se basicamente voltado para o mercado local e regional. O comércio varejista encontra-se na zona central, e no restante da cidade há o comércio de abastecimento diário e algumas confecções. Encontra-se um comércio ativo com banco, postos de combustíveis, bares, lanchonetes, mercados, restaurante, escolas, clubes sociais, centros religiosos, correio, salões de beleza, entre outros.

O Índice de Desenvolvimento Socioeconômico (IDESE), conjunto amplo de indicadores sociais e econômicos classificados em quatro blocos temáticas - Educação, Renda, Saneamento e Domicílios e Saúde, tem por objetivo acompanhar o nível de desenvolvimento do Estado e do município que varia de zero a um, assim como o IDH (segundo pesquisa realizada pelo IBGE em 2010 o IDH era 0,742).

A Secretaria de Saúde e Assistência Social do município está organizada de forma a contemplar os princípios e as diretrizes do SUS – universalidade de acesso, integralidade e equidade da atenção e controle social e, para tanto, utiliza-se da Estratégia de Saúde da Família, em que 100% da população está adscrita cadastrada, para direcionar suas ações, presta diversos serviços de atenção primária, como vacinação, teste do pezinho, atendimento de pré-natal e encaminhamentos para consultas e exames fora do município. Temos uma equipe de NAAB (Núcleo de Apoio a Atenção Básica), este equipe presta apoio técnico à ESF. Contamos atualmente com uma equipe composta por enfermeira, médico (clínico geral), técnico em enfermagem (2), dentista, auxiliar de saúde bucal e sete Agentes Comunitárias de Saúde.

A Unidade Básica de Saúde tem uma infraestrutura adequada onde existe:

- Uma sala de espera, com televisão, som e DVD, recepção, local onde são recebidos e direcionados os usuários, agendados os exames laboratoriais e entregues os exames complementares, agendado consulta médica na sexta-feira e consulta odontológica nas segundas-feiras, aferição de pressão arterial, glicemia capilar e encaminhamentos das consultas agendadas na sala de triagem.
- Sala da secretária de saúde.
- Almojarifado de medicamentos, a qual é pequena para suas necessidades.
- 02 Salas do Setor Administrativo, onde se realiza, além da parte burocrática da secretaria, autorização de exames e consultas, agendamentos de consultas, exames e veículos, entre outros.
- Farmácia – local onde são dispensadas as medicações disponíveis na UBS, bem como possui local para armazenamento de medicações adquiridos por licitações e pelo pregão eletrônico feito pelo CISA.
- Consultório da Enfermeira ESF, na qual é realizada também a coleta de exame citopatológico de câncer de colo uterino, sendo a única que possui mesa ginecológica. É utilizada por profissional médico também quando necessário.
- Sala de Pronto Atendimento (arquivo de prontuários, pronto atendimento com classificação de risco).
- 02 Consultórios Médicos.
- 01 Sala da Vigilância em Saúde, a qual também é utilizada pelos agentes comunitários de saúde, quando não estão realizando suas visitas domiciliares.
- Sala de Vacinas, de uso exclusivo para este fim.
- Consultório Odontológico.
- Centro de Materiais e Esterilização.
- Cozinha.
- Lavanderia.
- Ambulatório, onde são realizados, além dos procedimentos habituais, pequenas cirurgias.
- Consultório de Psicologia.
- 02 Almojarifados.
- Sala de Observação com quatro leitos, onde também se realiza eletrocardiograma e está preparada para atender emergências.
- Dois banheiros para usuários, sendo um na sala de observação e outro no corredor.

- Banheiro para funcionários.

Salienta-se que está sendo ampliada a Unidade Básica de Saúde, sendo que nesta ampliação está sendo construída uma sala de reuniões, farmácia, almoxarifado e cozinha, permitindo assim um espaço adequado para o trabalho dos profissionais e o atendimento com qualidade aos usuários. Na Unidade é adequado o acesso de idosos e portadores de deficiência física, existem rampas alternativas para garantir o acesso das pessoas. Nos banheiros da UBS existem portas amplas para o acesso de cadeirantes e é possível realizar manobras de aproximação com a cadeira de rodas. Também existem calçadas para o deslocamento seguro de deficientes visuais, cadeirantes, idosos e outras pessoas que têm necessidades especiais.

Existem vínculos com instituições de ensino com grande participação nas atividades de promoção e prevenção da unidade.

Os usuários também têm acesso aos exames complementares de apoio diagnóstico. Os exames laboratoriais têm como delimitação de tempo aproximadamente menos de 15 dias em sua maioria, outros tipos de exames tem tempo de menos de 30 dias, assim como para esta população é possível garantir o atendimento especializado com o tempo limite em 30 dias ou mais, com agendamento das consultas, eles são agendados na Secretaria de Saúde, com data certa e horário de realização. Estes são realizados nos serviços dos municípios mais próximos como Santo Augusto, Ijuí e Panambi.

O acesso dos usuários aos serviços especializados de saúde é feito através da Unidade Básica de saúde, que é a porta de entrada ao Sistema. Os atendimentos são prestados de forma descentralizada, facilitando o acesso da população aos serviços de baixa, média e alta complexidade. Os serviços que são fornecidos pelo SUS são agendados via central de regulação (Sisreg e Aghos) pelo próprio município, também via central de regulação da 17ª CRS e por telefone nas clínicas conveniadas.

Os serviços de média complexidade que o município oferece são: fisioterapia (sessões individuais e em grupos), nutrição, fonoaudiologia, pequenos procedimentos ambulatoriais, consultas, raios-x e ultrassonografia dentre outros. Os serviços de alta complexidade oferecidos são: densitometria óssea, tomografia e ressonância magnética.

Os serviços de média e alta complexidade estão referenciados em Ijuí, Passo Fundo, Santa Maria, Santo Augusto, Porto Alegre e Crissiumal. Os serviços de média complexidade oferecidos pelo Estado têm um percentual muito pequeno e com isso o município necessita realizar a compra de serviços através do Convênio do CISA.

A Central de Regulação existente no município é uma ferramenta muito importante para os agendamentos de consultas e exames, pois o profissional que atua no agendamento consegue que seja atendido no tempo certo e acompanhar o mesmo na fila de espera. Os profissionais da equipe estão capacitados para atuar na Central de Regulação Municipal, porém, deveriam ocorrer capacitações de forma mais contínua.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) organiza suas atividades com o objetivo de fornecer ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação de doenças. Realizam-se consultas/ atendimentos pelos diversos profissionais da equipe, ainda são realizadas nebulizações, injeções, curativos, dentre outras atividades. Também realiza atendimentos de urgências e emergências que surgirem, sendo que se não tiver como resolver o problema na Unidade, o usuário é encaminhado para o serviço especializado ou hospital de referência. Para os casos de urgência e emergência a Unidade conta com um motorista de plantão para realizar o deslocamento dos usuários da Unidade Básica até o Hospital.

As clínicas e hospitais que fornecem serviços especializados ao município, na área de exames especializados de média complexidade, estão ofertando maior número de vagas por mês, sendo que o usuário não necessita aguardar muito tempo para ter um diagnóstico e o devido tratamento. Já os exames de alta complexidade não possuem tantas vagas, nem pelo SUS, nem pelo CISA (consórcio Intermunicipal de Saúde do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul) com isso os usuários precisam aguardar mais tempo para realizar o exame.

Nas clínicas que fornecem consultas especializadas, não é possível agendar com a urgência necessária, sendo que o usuário acaba tendo de aguardar, cerca de três meses ou mais para conseguir consultar.

Referente às consultas especializadas pelo SUS, que não são muitas, percebe-se que a demanda maior vem da área de oftalmologia, onde há uma grande demanda de usuários para poucas vagas disponíveis. Ainda nessa área, o município compra serviços além do financiamento e mesmo assim a demanda é alta. Nos

casos de urgência e emergência que necessitam de suporte médico especializado, como por exemplo, cardiologista, muitas vezes não se consegue referenciar no Hospital de Caridade de Ijuí, por questão de certa forma burocrática, então ocorre uma longa espera, pois o usuário (quando não estiver enfartando no momento) precisa ser encaminhado ao Hospital Bom Pastor de Santo Augusto, realizar uma avaliação por um profissional que não é especializado na área, para posteriormente poder ser levado ao Hospital de Ijuí, que tem esse especialista.

A maioria das consultas e exames é referenciada para o município de Ijuí, onde se concentra o maior número de especialidades. A referência, na área de traumatologia, é o Hospital São Vicente de Paulo do Município de Cruz Alta, onde são feitas consultas e procedimentos cirúrgicos, através do Sistema Único de Saúde (SUS). Outra referência para o Município de Nova Ramada é o Hospital de Caridade de Criciumal, onde são feitas consultas com especialistas pelo Consórcio CISA e os procedimentos cirúrgicos pelo SUS, quando houver necessidade.

No município de Ijuí, o hospital de referência é o Hospital de Caridade de Ijuí, que é referência para muitos exames e consultas de média e alta complexidade, sendo áreas como cardiologia, nefrologia, angiologia, dentre outras especialidades. Além disso, no município de Ijuí existem diversas clínicas particulares que oferecem esse tipo de serviço especializado.

Ainda, nos Municípios de Passo Fundo, Porto Alegre e Santa Maria, que são referências em serviços de média e alta complexidade, os usuários são encaminhados pelas centrais de regulação do município e da 17ª CRS. Enquanto ocorre esse processo, o usuário aguarda numa fila de espera para agendar o atendimento.

As AIH (Autorização Internação Hospitalar) são oferecidas pelo Estado ao município, sendo usados para diversas internações, tanto em tratamentos clínicos, ginecológicos, obstétricos, pediátricos e cirúrgicos, entre outras. Os exames que são solicitados nas internações, na maioria das vezes são financiados na AIH, sendo cobrado ao Estado.

Quanto aos equipamentos e instrumentos, existe a reposição imediata dos mesmos, garantindo uma boa assistência aos usuários. Em nossa unidade de saúde, os ACS participam do processo de territorialização, realizam a identificação de famílias expostas a riscos, de grupos portadores de agravos (hipertensos,

diabéticos, tuberculose). Os ACS realizam busca ativa de usuários faltosos em ações programáticas como os grupos de hipertensos e diabéticos.

As atividades são realizadas, além da UBS, nos domicílios, nas escolas, associações de bairro. Todos os profissionais da unidade realizam cuidado domiciliar. Durante o preenchimento do questionário, percebi que temos algumas lacunas, por exemplo, uma dificuldade encontrada foi que minha unidade não tem grupo de hipertensão e diabetes, não tem registro de atendimento específico para este grupo, além disso, não existe pessoal encarregado para o planejamento das ações de saúde.

Os profissionais da UBS encaminham os usuários a outros níveis do sistema, porém, não se tem acompanhamento do plano terapêutico proposto a este usuário. Também em caso de internação hospitalar, os profissionais da UBS não fazem o acompanhamento dos usuários. Não é realizada a busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória. Atualmente em nossa unidade são desenvolvidos apenas grupos de gestante, Idosos e Saúde Mental, (este em parceria com o NAAB). O médico ainda não participa destas ações, pois meu município não acredita que o médico do Programa Mais Médicos tem que fazer trabalho preventivo, e sim ficar na consulta clínica.

Toda parte de gerenciamento fica sob a responsabilidade do enfermeiro, os demais profissionais da equipe não participam do gerenciamento de insumos para a UBS. Isso acaba gerando uma sobrecarga de trabalho, o que muitas vezes dificulta o andamento adequado das atividades.

Em nossa UBS é realizado o acolhimento de todos os usuários, independente do dia da semana e do horário, todos têm suas queixas escutadas por algum profissional da equipe (enfermeiro, técnico em enfermagem, dentista, auxiliar de consultório dentário). Usamos avaliação e classificação de risco biológico e de vulnerabilidade social para definir o encaminhamento da demanda do usuário, para melhor atendimento ao usuário.

Em nossa Unidade, a demanda para problemas agudos de saúde é atendida imediatamente, seja por demanda espontânea ou pronto atendimento (todo usuário que chega a nossa UBS é atendido).

A estimativa do Caderno de Ações Programáticas (CAP) é de 29 crianças menores de um ano pertencentes à área de abrangência da unidade. No momento temos uma cobertura de 14% (4) crianças. Destas, 100% (4) está com as consultas

em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde, realizou a primeira consulta de puericultura nos primeiros sete dias de vida e tem triagem auditiva e também está em dia com monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta e foi avaliada quanto à saúde bucal 2 (50%). Todas as crianças realizaram teste do pezinho, as mães e/ou responsáveis receberam orientações para o aleitamento materno exclusivo e para prevenção de acidentes. Existe protocolo de atendimento de puericultura em nossa Unidade para realizar o acompanhamento das crianças menores de 5 anos. Além disso, existe um projeto de começar a trabalhar em parceria com a dentista da unidade, para realizar atividades em grupo com as crianças menores de 5 anos e as mães, falando sobre crescimento e desenvolvimento infantil, saúde bucal, etc.

Precisamos fazer busca ativa das crianças que ainda não compareceram na unidade para fazer o acompanhamento como preconizado pelo Ministério da Saúde, sendo sete consultas no primeiro ano de vida, duas no segundo ano, uma do terceiro ao sexto ano de vida. As consultas do primeiro ano de vida deverão ser realizadas de acordo com o cronograma: até 15 dias de vida, aos 1, 2, 4, 6, 9 e 12 meses. A partir disso, poderemos fazer uma avaliação da cobertura de acompanhamento das crianças de nossa UBS. Poderíamos pensar em agendar o retorno das crianças que vêm para a consulta de puericultura, acho que seria um bom começo.

Em nossa unidade ofertamos acompanhamento e consultas de pré-natal, mas ainda muitas realizam o acompanhamento em serviço privado e poucas gestantes realizam o acompanhamento pela unidade e algumas gestantes realizam o pré-natal em serviço especializado por serem de alto risco. Diante desta realidade, acompanhamos um total de 4 (11%) gestantes do total de 24 gestantes estimadas para a área de cobertura. Das 4 gestantes acompanhadas, 75% (1) iniciou o pré-natal no 1º trimestre, 100% (4) das gestantes foram solicitados na 1ª consulta os exames laboratoriais preconizados, também estão com as consultas em dia de acordo com o calendário do Ministério da Saúde, foi fornecida prescrição de sulfato ferroso bem como orientações para aleitamento materno exclusivo e realização do exame ginecológico por trimestre recomendado, e 100% (4) foram administradas as vacinas antitetânica e Hepatite B conforme protocolo e foram avaliadas quanto à saúde bucal. Em nosso Município atualmente há 12 gestantes que fazem acompanhamento no SUS. O indicador de cobertura da atenção ao puerpério é de

34% (10) do total de 29 puérperas estimadas para a área de abrangência da unidade, com indicadores de qualidade de 100% (10) quanto à realização da consulta puerperal antes dos 42 dias pós-parto e registro da consulta, 100% (10) receberam orientações quanto aos cuidados básicos do recém-nascido, orientações sobre aleitamento materno exclusivo, sobre planejamento familiar, tiveram as mamas e o abdome examinado, realizaram o exame ginecológico, tiveram seu estado psíquico avaliado e foram avaliadas quanto à intercorrências.

Para o controle do câncer de colo de útero temos um livro de registro em que lançamos todos os exames realizados com os respectivos resultados. Além disso, o resultado é registrado no prontuário da usuária e se houver alguma alteração a mesma é encaminhada para a consulta médica para conduta e tratamento adequado. As atividades são baseadas no protocolo do Ministério da Saúde, porém não temos um profissional responsável para avaliar e controlar essas ações. Poderíamos dividir essas atividades com os demais membros da equipe para poder melhorar as ações nessa área. Temos um total de 662 mulheres entre 25 e 64 anos estimadas para a área de cobertura da Unidade de Saúde. Destas, acompanhamos 136 (21%) mulheres residentes e cadastradas. No entanto, os indicadores de qualidade não alcançam o preconizado, pois 113 (83%) das mulheres acompanhadas estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia e tiveram exames coletados com amostras satisfatórias com presença das células representativas da junção escamocolunar; 111 (82%) mulheres estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero com mais de 6 meses de atraso; 80 (59%) mulheres estão com o exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado. Um total de 12 (9%) mulheres possuem avaliação de risco para câncer de colo de útero; 136 (100%) receberam orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e sobre doenças sexualmente transmissíveis.

Quanto ao controle do câncer de mama, tem também um registro sobre as mamografias realizadas, ficando também registrado no prontuário da usuária, sendo acompanhadas pela equipe da Unidade de Saúde. Do total de 248 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área de abrangência da unidade, são acompanhadas 186 (75%) mulheres residentes e cadastradas na unidade. Um total de 134 (72%) mulheres estão com mamografia em dia, 3 (2%) receberam avaliação de risco para câncer de mama. Do total de mulheres acompanhadas, 10 (5%) estão com a mamografia com mais de 3 meses em atraso e 186 (100%) receberam orientação

sobre prevenção do câncer de mama. Neste sentido estamos tendo grandes melhorias, mas ainda necessitamos fazer um levantamento de toda a população entre 25 e 69 anos para manter um controle adequado das mulheres em acompanhamento e para poder trabalhar com as que estão com os exames em atraso incentivando-as a realizarem os mesmos. Há uma boa cobertura na realização de exame clínico das mamas e mamografia, uma vez que o município disponibiliza como rotina um exame a cada ano para todas as mulheres acima de 40 anos, oferecendo inclusive o transporte até o município onde são realizados os exames.

Percebo que as mulheres da área de abrangência da Unidade de Saúde têm grande interesse na realização deste exame e, então, sempre aproveitamos esta oportunidade para agendar também o exame preventivo do câncer de colo do útero. Temos muito a melhorar no controle do Câncer de colo de útero e de Mama, ainda não realizamos ações coletivas (grupos) com as mulheres para educação no reconhecimento de sinais e sintomas do câncer. Acredito que esta atividade poderia melhorar ainda mais os indicadores de prevenção do câncer de colo uterino e de Mama.

Na atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes de nossa Unidade de Saúde não há registro dos atendimentos realizados. Ainda não há cadastro atualizado no Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, eles foram realizados há algum tempo atrás. Atualmente estamos realizando um novo cadastro em prontuário eletrônico, atualizando todos os dados. Além disso, criamos grupos e aproveitamos para realizar o cadastramento utilizando as fichas do Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos e esperamos com isso obter, pelo menos, um registro mais completo do acompanhamento desses usuários na Unidade de Saúde. A estratificação de risco cardiovascular por critério clínico foi realizado a 100 (29%) das pessoas com hipertensão acompanhadas. A estimativa de usuários com HAS é 375. Um total de 250 (71%) dos hipertensos têm os exames complementares periódicos em dia, nenhum tem atraso das consultas em mais de sete dias. Um total de 350 (100%) hipertensos receberam orientações sobre prática de atividade física regular, orientações nutricionais para uma alimentação saudável e avaliação de saúde bucal. Existe protocolo de atendimento para os usuários com HAS e DM

Precisamos, urgentemente, fazer o preenchimento de prontuários para registrar o atendimento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos bem como de

atendimento a todos os usuários, pois as fichas de atendimento individual não estão disponíveis para o acompanhamento deles. Também realizamos ações para o controle de peso corporal, orientamos sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool e tabagismo, realizamos exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade dos pés nos usuários diabéticos. Não temos o agendamento de retornos, em sua maioria, não estão bem controlados e com isso retornam muitas vezes à unidade. Agora com a criação de grupos do Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, o acompanhamento será mais efetivo e teremos melhores resultados quanto ao controle de suas doenças. Os atendimentos nos grupos serão multiprofissionais para atingir redução do risco de complicações.

Em relação ao Diabetes Mellitus, o CAP apresenta uma cobertura de 75 (49 %) do total estimado de 153 diabéticos para a área. A realização de estratificação de risco cardiovascular foi realizada a 87% (65). Também 87% (65) estão com os exames complementares periódicos em dia, com exame físico dos pés nos últimos 3 meses, possuem registro de realização de palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, de medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses e com avaliação de saúde bucal em dia. Do total, 75 (100%) receberam orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável.

Quanto ao cuidado com os idosos os atendimentos não são direcionados a eles especificamente, mas se trabalha junto com os usuários do grupo de Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos. Ainda não temos dados exatos sobre o número dos usuários idosos, mas a estimativa apresenta-se abaixo da realidade. Esses idosos estão sendo cadastrados pelas ACS por meio de visitas domiciliares regulares e quando há algum problema mais grave trazem para a Unidade de Saúde para discussão do caso em equipe.

Não existe registro individual para atendimento especial para o usuário idoso, somente o prontuário. Não há consulta programada para os idosos em nossa Unidade de Saúde e nem protocolo de atendimento para eles. Não é realizada a avaliação da capacidade funcional global do idoso. Com certeza temos que discutir em equipe essas questões e propor ações para melhorar e organizar a assistência e o cuidado aos idosos, uma vez que eles representam grande parte da nossa população. Estamos trabalhando arduamente no cadastramento. Juntamente com a

Educadora Física, pretendemos criar um grupo de idosos para trabalhar as questões de interesse dessa população, tais como controle dos esfíncteres, do peso, autoestima, prevenção de acidente domiciliar e outros aspectos importantes na vida das pessoas idosas.

Segundo o CAP acompanhamos 245 idosos perfazendo 75% da estimativa de 327 pessoas com 60 anos ou mais. Dentre os acompanhados, 180 (73%) são hipertensos e 80 (29%) são diabéticos. Os idosos que possuem caderneta de saúde da pessoa idosa são 150 (61%), não possuem investigação de indicadores de fragilização na velhice, um total de 107 (44%) está com o acompanhamento em dia, Avaliação Multidimensional rápida, avaliação de risco para morbimortalidade e receberam orientações sobre hábitos alimentares saudáveis e sobre a importância da realização de atividade física regular, 50 (20%) possuem avaliação de saúde bucal.

De forma geral esta é a situação da minha unidade de saúde que para garantir melhor qualidade de saúde destas pessoas e melhor qualidade dos atendimentos temos que continuar trabalhando nos atendimentos agendados destes usuários para ter melhor controle nos indicadores de fragilização, fazer um arquivo específico dos atendimentos nas consultas para ter um bom sistema de dados destes usuários. Acredito que todos trabalhando juntos podem fazer muitas ações para melhorar o atendimento a saúde deste grupo de pessoas que precisa de um atendimento diferenciado.

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

Ao ler o texto Inicial sobre a situação da ESF percebo poucas mudanças em minha Unidade, muitos desafios ainda existem, porém, hoje consigo ver esses desafios com outros olhos e numa melhor perspectiva, pois com esse período de curso, consegui avançar e aprender mais sobre determinadas situações que enfrentamos no nosso dia a dia, e sei que hoje tenho mais conhecimento para lidar com a população e experiências para tentar implantar/reformular ações que até então avançam lentamente na nossa USF.

Sei que a intervenção que vamos realizar para o TCC será de imensa valia para a comunidade, pois além dessa intervenção, nossa equipe necessitará a cada dia aprimorar mais os conhecimentos e por em prática cada lição para melhorar

nossa atuação em equipe na comunidade. Comparando meu pensamento de hoje com o do início do curso, percebo que problemas que antes não via solução, hoje consigo encontrar “ferramentas” que ajudem na melhoria da UBS. Sinto que minha visão em relação à unidade ampliou de forma considerável, e estou motivada em buscar soluções para os problemas apresentados.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

De acordo com o Caderno de Atenção Básica número 37, a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. No Brasil, os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobre tudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adstrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos (BRASIL, 2013).

Nesse contexto, o Ministério da Saúde preconiza que sejam trabalhadas as modificações de estilo de vida, fundamental no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. A alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados. O Diabetes Mellitus (DM) e a HAS são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetida à diálise (SCHMIDT; DUNCAN; STEVENS et al., 2005).. Os principais fatores de risco cardiovasculares identificados foram: sobrepeso, sedentarismo e antecedentes familiares cardiovasculares. Mais de 80% dessas pessoas também eram hipertensas. O infarto agudo do miocárdio (IAM) foi a complicação mais frequentemente observada. Outro resultado importante foi a identificação de que o usuário, quando legada Unidade Básica de Saúde (UBS), já apresenta sinais de estágio avançado da doença, o que demonstrava, entre outros fatores, as dificuldades de diagnóstico precoce e ações de prevenção primária e secundária.

Diante do exposto, esta ação programática foi escolhida para intervenção devido a esta realidade, além de ser uma população idosa na sua maioria. Em minha UBS existe 1 ambulatório, 4 banheiros, 2 consultórios médicos, 1 consultório de nutricionista, 1 consultório de psicologia, 1 cozinha, 1 sala de espera, 1 sala de esterilização, 2 posto de enfermagem, 1 quarto de isolamento, 1 sala de lavagem e descontaminação, 1 lavanderia, 1 recepção, 1 sala de observação com quatro camas, 1 sala de preventivo, 1 sala de triagem e 1 sala de vacinas. A equipe conta com 6 Agentes Comunitários, 3 Auxiliares de Enfermagem, 1 Auxiliar de Odontologia, 2 Enfermeiras, 1 Fisioterapeuta, 1 Médica, 1 Nutricionista, 1 Odontólogo e 1 Equipe do NAAB, composta pelos seguintes profissionais, 1 psicóloga, 2 assistentes social .

A população de abrangência da Unidade é de 2.464 habitantes, com 29 menores de um ano, menores de 5 anos 58, 5-14 anos 355 , 15-59 anos 1572, maiores de 60 com 327, conforme o CENSO de 2010 (IBGE). A estimativa difere da realidade na área de abrangência da UBS, uma vez que existem bem menos crianças e mais idosos do que a estimativa com base na distribuição brasileira. A população de adultos jovens (nas faixas etárias entre 25 e 39 anos) o número na área de abrangência da UBS é menor do que o estimado com base na distribuição brasileira, isso se deve, provavelmente ao fato de muitas pessoas nessa faixa etária deixarem a cidade em busca de alternativas de emprego e melhor educação. Observa-se também nessa faixa etária um número menor de indivíduos do sexo masculino, pois, estes são os que mais saem de casa em busca de emprego.

Na atenção aos usuários hipertensos e diabéticos de nossa UBS não existe registro dos atendimentos realizados. Ainda não há cadastro atualizado no HIPERDIA, eles foram realizados há algum tempo atrás. Atualmente estamos realizando um novo cadastro de prontuários eletrônicos, onde teremos os dados atualizados, além disso, com a criação dos grupos também se está aproveitando para cadastramento das fichas de HIPERDIA e esperamos com isso ter pelo menos um registro do acompanhamento desses usuários na unidade de saúde mais completo.

No momento estamos fazendo os grupos de atenção preventiva aos usuários com hipertensão e diabetes nas comunidades para ter contato direto com um maior número de usuários e obter maiores resultados, na prevenção, promoção e educação da população com estas doenças. Além disso, aproveitamos o marco

para fazer o cadastro no programa de HIPERDIA, envolvendo assim o trabalho em equipe, sendo o principal problema para minha intervenção não contar com o cadastro deles no programa para enfatizar meu objetivo de intervenção. Também realizamos ações para o controle de peso corporal, malefícios do consumo excessivo de álcool e tabagismo, exame físico dos pés, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso e medida da sensibilidade dos pés nos usuários diabéticos. Não temos o agendamento de retornos, em sua maioria, não estão bem controlados e com isso retornam muitas vezes à unidade. Agora com a criação dos grupos de educação em saúde para hipertensão e diabetes, o acompanhamento vai ficar mais perto e teremos melhores resultados no controle de suas doenças. Os atendimentos nos grupos reduziram os riscos de complicações.

Também estamos identificando os fatores de risco como o peso elevado, o tabagismo, aumento dos níveis de colesterol total e triglicérides, maus hábitos alimentares, sedentarismo, ingestão excessiva de álcool, consumo elevado de sal, tratando de modificar os riscos modificáveis, para que juntos com o tratamento medicamentoso se consiga o controle dos usuários em níveis ótimos. Além, teremos como objetivo educar a população para ser multiplicadora do conhecimento em suas famílias para que no futuro sejam adultos mais saudáveis e com melhor qualidade de vida. Ao realizar o cadastro podemos ter melhor controle dos usuários com estas doenças, conhecendo com certeza quantos têm as consultas em atraso, quantos precisam fazer exame laboratorial, se o usuário está ou não com a doença controlada e tomando a medicação regularmente, e que outros fatores podem estar atuando para que ele não esteja compensado, além de prevenir as principais complicações como Doença Arterial Coronariana, Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico, Insuficiência Renal, etc. Acredito que minha intervenção vai ser de muita ajuda para minha população, para a equipe e a UBS, para as vidas das pessoas e para as famílias em sentido geral em meu município,

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde Nova Ramada, Nova Ramada/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

O projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 04 meses na área da equipe da UBS Nova Ramada, Município Nova Ramada/RS. Participarão da intervenção todos os usuários cadastrados moradores da área adscrita à UBS com HAS e DM maiores de 20 anos. As ações realizadas na intervenção serão baseadas Cadernos de Atenção Básica números 36 e 37 (BRASIL, 2013). Portanto, para alcançar os objetivos propostos foram estabelecidas metas e ações a ser realizado, o cadastro dos usuários na planilha de coleta de dados (Anexo B) será feito no momento da consulta, para o registro das atividades serão utilizados o prontuário clínico individual e a ficha espelho (Anexo C), os dados obtidos destes registros serão preenchidos na planilha de coleta de dados para monitoramento e acompanhamento das metas e indicadores.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1 e 1.2 – Cadastrar 70% dos hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: A realização do monitoramento dos usuários cadastrados no programa de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus será realizada pela médica especializanda e pela enfermeira avaliando semanalmente as ficha-espelho dos usuários que compareceram à unidade com participação especial das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), responsáveis pela atualização do cadastramento destes usuários.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados no Programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM e garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: A enfermeira da unidade será a responsável pelo acolhimento dos usuários no serviço. Após acolhimento, o usuário será encaminhado para verificação da pressão arterial, peso, circunferência do abdome e hemoglicoteste aos usuários diabéticos, sob responsabilidade da técnica de enfermagem.

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

Detalhamento: A médica especializanda será a encarregada de realizar rodas de conversas sobre a temática ofertando conhecimento a todos os usuários em relação as doenças e de como conviver com as mesmas mantendo qualidade de vida. Estas ações compreenderão promoção de hábitos de higiene e alimentação saudável com informações sobre os fatores de risco e sobre os fatores responsáveis que podem levar ao descontrole das mesmas.

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

Detalhamento: Será realizada a capacitação a toda a equipe de saúde pela médica especializanda e pela enfermeira. As orientações serão direcionadas ao trabalho que será desenvolvido bem como sobre a periodicidade das consultas à população alvo da intervenção. A enfermeira capacitará a equipe de técnicos em

enfermagem quanto à técnica de verificação de pressão arterial e realização do Hemoglicoteste em pessoas com diabetes mellitus.

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

Meta 2.1 e 2.2 – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento e avaliação em relação ao exame clínico será realizado pela médica especializanda utilizando o protocolo de atendimento de usuários já acompanhados pelo Programa de Atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

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

Detalhamento: O exame clínico será realizado pela médica especializanda e pela enfermeira no momento da consulta individual ao usuário. Os mesmos profissionais também serão responsáveis pela capacitação dos demais membros da equipe sobre o protocolo de atendimento, o qual também será disponibilizado em versão impressa na unidade para esclarecimento de dúvidas em qualquer momento.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: A orientação aos usuários e comunidade em geral será realizada no momento das consultas e em palestras que serão realizadas durante a intervenção. Os responsáveis serão a médica especializanda e a enfermeira da Unidade de Estratégia de Saúde da Família.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: A capacitação da equipe será realizada semanalmente em reuniões de equipe. A encarregada será a médica especializanda e a enfermeira da equipe.

Meta 2.3 e 2.4 – Garantir a 100% dos hipertensos e/ou diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Detalhamento: O monitoramento dos exames será realizado pela médica especializanda no momento da consulta individual.

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

Detalhamento: Será solicitado ao gestor local agilidade para a realização dos exames laboratoriais garantindo realização dos mesmos a todos os usuários avaliados.

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

Detalhamento: Os usuários serão orientados pela médica especializanda sobre a importância da realização dos exames laboratoriais para acompanhamento da qualidade da saúde e avaliação de riscos.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: A equipe será capacitada sob responsabilidade da enfermeira da unidade utilizando o protocolo de atendimento para hipertensos e/ou diabéticos disponibilizado pelo Ministério da Saúde bem como serão apresentadas e discutidas as ações para o cumprimento do protocolo de atendimento à população alvo da intervenção durante as capacitações.

Meta 2.5 e 2.6 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: A técnica de enfermagem será a responsável por monitorar o acesso dos usuários aos medicamentos mantendo controle do estoque e validade dos mesmos. A enfermeira da unidade será responsável pela solicitação dos medicamentos junto ao gestor do município.

Organização e gestão do serviço: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: O controle de estoque de medicamentos, validade dos mesmos e manutenção dos registros adequados das necessidades dos usuários será responsabilidade da técnica de enfermagem.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: No momento da consulta individual e por ocasião das visitas domiciliares pelas ACS todos os usuários serão orientados quanto ao direito de terem acesso aos medicamentos. Esta ação será de responsabilidade de toda a equipe de saúde da unidade.

Qualificação da Prática Clínica: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e/ou do diabetes e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: Solicitaremos a equipe junto ao gestor municipal qualificação da prática clínica para que toda a equipe possa ser qualificada por meio de capacitações sobre a ação programática proposta.

Meta 2.7 e 2.8 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação: Monitorar os hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela médica especializanda junto à odontóloga da unidade por meio da ficha-espelho do usuário.

Organização e gestão do serviço: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou dos diabéticos; organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e/ou dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pela médica especializanda no momento da consulta individual e que após a avaliação médica encaminhará o usuário para avaliação odontológica, se possível no mesmo dia.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: Solicitaremos à odontóloga da unidade de saúde para que quinzenalmente sejam realizadas palestras para a comunidade além de oferecer orientações individuais por ocasião das consultas.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou dos diabéticos.

Detalhamento: A equipe será capacitada pela odontóloga em momento de reuniões da equipe nos momentos destinados para capacitação.

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

Meta 3.1 e 3.2 – Buscar 100% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

Detalhamento: O cumprimento da periodicidade das consultas será avaliada e monitorada pela enfermeira, pela médica especializanda e pela recepcionista que será a encarregada pelo agendamento das consultas. Esta ação também deverá ser acompanhada pelas ACS que serão as responsáveis pela busca ativa dos usuários.

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

Detalhamento: As visitas domiciliares serão organizadas para serem realizadas de forma semanal em conjunto com os ACS, enfermeira e médica especializanda.

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

Detalhamento: A comunidade será informada pela equipe de saúde por meio das ACS durante visitas domiciliares, pela médica especializanda e enfermeira da Unidade no momento em que o usuário comparecer à unidade em busca de algum atendimento.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Os ACS serão capacitados pela enfermeira para que possam orientar a todos os usuários hipertensos e/ou diabéticos quanto à periodicidade recomendada das consultas em momentos de visitas domiciliares.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações

Meta 4.1 e 4.2 – Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: O monitoramento da qualidade dos registros será realizado pela médica especializanda e pela enfermeira no momento de consulta individual e uma revisão quinzenal para reavaliação.

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

Detalhamento: A atualização das informações no SIAB será de responsabilidade da enfermeira e a organização dos registros será de responsabilidade dos demais membros da equipe assim como a atualização do prontuário eletrônico.

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 orientação aos usuários quanto à manutenção dos registros e acesso a segunda via quando necessário será realizada pela enfermeira da equipe com apoio da médica especializanda no momento da consulta.

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

Detalhamento: A equipe será capacitada para preenchimento dos registros necessários pela médica especializanda e será supervisionada pela enfermeira da equipe.

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

Meta 5.1 e 5.2 – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Detalhamento: O monitoramento da estratificação de risco será realizado pela médica especializanda no momento da consulta individual em que avaliará o acompanhamento dos usuários lançando os dados na ficha-espelho para acompanhamento dos usuários no Programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos.

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

Detalhamento: A priorização do atendimento será avaliada em conjunto com os ACS, a médica especializanda, a enfermeira e a recepcionista da unidade que também serão as responsáveis pelo monitoramento do agendamento.

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

Detalhamento: Os usuários serão alertados quanto ao seu nível de risco e sobre a importância do acompanhamento regular bem como sobre o controle dos fatores de risco modificáveis em palestras, sala de espera, visitas domiciliares e em momentos de consulta individual. Todos os membros da equipe serão responsáveis pela execução das ações.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo em especial a avaliação dos pés; capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: A equipe será capacitada para identificação de lesões em pés e sinais de alerta que podem levar a danos em órgãos alvos. Esta capacitação será ministrada a todos os membros da equipe, será de responsabilidade da médica especializanda a fim de que o atendimento possa ser realizado no momento da identificação de alguma alteração.

Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 6.1 e 6.1 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e/ou dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e/ou aos diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento será realizado pelo enfermeiro e pela médica especializanda devido à ausência do profissional nutricionista na unidade.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Solicitaremos à nutricionista da equipe para que auxilie no desenvolvimento desta ação mensalmente junto à equipe de saúde.

Engajamento Público: Orientar hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Serão organizados momentos de palestras junto à nutricionista da equipe para orientação aos usuários hipertensos e/ou diabéticos bem como em momentos de consulta individual com a nutricionista e que poderão também ser reforçados pela médica especializanda e pelo enfermeiro que também disponibilizarão informações sobre alimentação saudável.

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

Detalhamento: Solicitaremos que a profissional nutricionista capacite os demais membros da equipe para que todos possam fornecer orientações adequadas quanto a alimentação saudável.

Meta 6.3 e 6.4 – Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento desta ação será realizado pela enfermeira junto aos usuários acompanhados pelo educador físico e pelo fisioterapeuta, membros do NAAB e manterá o registro em fichas-espelho de cada usuário para monitoramento de quem realiza prática de atividade física.

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

Detalhamento: Manteremos contato com o educador físico e com o fisioterapeuta, membros do NAAB para organizarmos práticas coletivas de orientação de atividade física avaliando a possibilidade de convidar um educador físico para que nos auxilie em ações educativas.

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

Detalhamento: Orientamos em momentos de consulta individual a todos os usuários quanto à importância de realização de atividades físicas e para que possam realizá-las de forma adequada.

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

Detalhamento: Para capacitar a equipe em relação à prática de exercícios físicos aos usuários hipertensos e/ou diabéticos solicitaremos ao educador físico e ao fisioterapeuta, membros do NAAB para que capacitem aos demais membros a fim de que possam ser fornecidas orientações adequadas aos usuários acompanhados.

Meta 6.5 e 6.6 – Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: A médica especializanda e a enfermeira da equipe orientarão aos usuários no momento da consulta individual sobre os riscos ocasionados pelo tabagismo e sobre maiores riscos para doenças cardiovasculares em hipertensos e/ou diabéticos. Caso o usuário demonstrar interesse em abandonar o vício realizaremos encaminhamento para a psicóloga da equipe do NAAB para um acompanhamento mais efetivo.

Organização e gestão do serviço: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento: Solicitaremos junto ao gestor o fornecimento de medicamentos para combater o tabagismo em usuários hipertensos e/ou diabéticos que desejam abandonar o vício diminuindo assim os riscos para a saúde.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos e/ou diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Todos os usuários serão orientados por meio de consulta individual realizadas pela médica especializanda e quando necessário serão encaminhados ao serviço de psicologia disponibilizado pela unidade.

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

Detalhamento: Para a qualificação da equipe para o tratamento de usuários tabagistas solicitaremos apoio da psicóloga para que possa orientar e capacitar a equipe quanto ao manejo adequado de usuários tabagistas.

Meta 6.7 e 6.8 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e/ou diabéticos.

Detalhamento: A médica especializanda será a responsável pelo monitoramento junto a odontóloga quanto à orientação sobre higiene bucal para os usuários hipertensos e/ou diabéticos. O controle será realizado por meio da revisão da ficha-espelho dos usuários.

Organização e gestão do serviço: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Organizaremos junto à odontóloga a possibilidade de atendimento odontológico dos usuários no mesmo dia em que comparecerão à unidade para avaliação médica.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos e/ou diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: A orientação dos usuários e familiares será realizada pelo odontólogo no momento da realização das consultas e por meio de palestras na comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: A odontóloga da unidade será convidada a capacitar, os demais membros da equipe para que todos possam oferecer orientações adequadas às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus quanto à higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1. Proporções de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção na ação programática escolhida, vamos adotar os Caderno da Atenção Básica do Ministério da Saúde numero 36 e 37, 2013, que está disponível na unidade de saúde para toda a equipe. Serão utilizadas as fichas espelho de todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados na área de abrangência, as quais serão providenciadas pela secretaria de saúde do município, além dos casos novos identificados. estas fichas serão utilizadas segundo a programação das consultas agendadas pela enfermagem responsável, de acordo com a médica, as quais estarão disponibilizadas no registro específico.

Estimamos alcançar com a intervenção 70% (263) dos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (65) da área da abrangência. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados, assim para se organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o registro do programa identificando todos os que vieram ao serviço nos últimos 3 meses. Além disso, realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consulta em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e avaliação odontológica em atraso.

Foi discutido pela equipe a Análise Situacional e o foco para a intervenção. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação aos ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde, capacitando a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado, capacitando aos ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e também capacitando a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada, além, de capacitar a equipe para a realização do exame clinico apropriado.

Esta Capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservadas 2 horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Organizaremos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde e será definido as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Informaremos por meio de cartazes e radio a comunidade sobre a existência do Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus na Unidade e do projeto de intervenção, bem como sobre a importância de medir a pressão arterial pelo menos anualmente a partir dos 18 anos. Orientaremos por meio de palestras a comunidade sobre o rastreamento de Diabetes em adultos com Pressão arterial sustentável maior 135/80 mmHg e outros fatores de risco para o desenvolvimento da pressão e diabetes.

Solicitaremos apoio através da radio, do presidente do conselho e das agentes comunitárias, também nos grupos das comunidades no sentido de orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente e de esclarecer a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas do programa de hipertensão e diabetes e a ficha espelho identificando aquelas que estão com consultas, exames clínicos e exames laboratoriais os quais vão a ser objeto de busca ativa pelos Agentes Comunitários de Saúde e em as visitas domiciliares para buscar todos os usuários em atraso. Ao fazer a busca já agendará para um horário de sua conveniência para a consulta. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha serão consolidadas na planilha eletrônica.

Ao término da intervenção poderemos ter melhor controle dos usuários com estas doenças, conhecendo, com certeza, quantos tem as consultas em atraso, quando tem que fazer exame laboratorial, se o usuário está controlado (tomando a medicação regularmente), que outros fatores podem estar atuando para que ele não esteja compensado, além de prevenir as principais complicações como Doença Arterial Coronariana, Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Encefálico, Insuficiência Renal, etc, que podem acontecer em decorrência destas doenças. Também estamos identificando os fatores de risco como o peso elevado, o

tabagismo, incrementos dos níveis dos colesterolis totais e triglicerídeos, maus hábitos alimentares, sedentarismo, ingestão excessiva de álcool, consumo elevado de sal, tratando de modificar os riscos modificáveis, para que juntos com o tratamento medicamentoso se atinja o controle dos usuários em níveis ótimos. Além disso, teremos como objetivo educa-los para a transmissão do conhecimento a suas famílias para ter no futuro adulto mais saudável e com melhor qualidade de vida.

Acredito que a intervenção vai ser de muita ajuda não só para minha população, mas para a equipe e a UBS, pois vai mudar muita coisa no trabalho, nas vidas das pessoas, nas famílias e em sentido geral em meu município, porque toda a equipe está trabalhando para isso.

No melhoramento do registro das informações vai ser utilizada uma planilha de coleta de dados, onde ficarão anotados todos os atendimentos que recebe o usuário, ou que já foi feito e que tem pendente, a programação das consultas e realização dos exames, assim como a data da próxima consulta de controle para avaliação, sendo responsável desta atividade a médica e a enfermeira.

Em relação ao mapeamento dos hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, vai ser realizada a estratificação de risco de 100% dos usuários com estas doenças e avaliados pelo especialista, onde uma vez identificados como de baixo ou de alto risco serão programas a periodicidade das consultas.

Quanto à realização das atividades de prevenção e promoção de saúde estará envolvida toda a equipe com a participação das ACS, por meio das visitas domiciliares e nos grupos as orientações para manter um modo e estilo de vida saudável, e da importância do cumprimento das orientações dos profissionais da saúde. Para isso é preciso de carro para deslocamento, também de folders e cartazes para poder garantir estas atividades.

3 Relatório da Intervenção

Nossa intervenção ocorreu em 12 semanas (3 meses) e não em 16 conforme solicitado no início do curso. Isso ocorreu devido ao meu período de férias que antecedeu a intervenção e quando retornei, a Unidade 3 que é a intervenção propriamente dita já estava em andamento.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Ao finalizarmos a intervenção em saúde realizada na Unidade Básica de Saúde Nova Ramada do município de Nova Ramada/RS, direcionada aos usuários com hipertensão e/ou com diabetes mellitus destacamos que enfrentamos algumas dificuldades ao longo da mesma, como o período de férias de quase toda a equipe durante o mês de janeiro, depois o meu período de férias durante o mês de março. Além disso, tive problemas com o meu computador e com o provedor de internet, atrasando um pouco o desenvolvimento das ações na intervenção, mas sempre pude contar com o apoio da equipe e da gestão de saúde do município sendo possível a conclusão da intervenção.

Destacamos inicialmente que as atividades de intervenção haviam sido programadas para serem desenvolvidas em 16 semanas, no entanto, foi necessário reduzir o período para 12 semanas. Esta redução foi proposta a fim de ajustar as defesas dos trabalhos de conclusão do curso ao calendário estabelecido pela Universidade Federal de Pelotas/RS devido ao período de férias da especializanda durante a intervenção, mas sem prejuízo das ações realizadas na comunidade.

Dentre as ações realizadas com os usuários com hipertensão e/ou com diabetes mellitus, foram cadastrados durante o atendimento clínico, os usuários moradores da área que ainda não eram cadastrados no Programa de hipertensão e diabetes. Assim, tomamos conhecimento do número de pessoas com HAS e/ou com

DM bem como tomamos conhecimento do número de usuários com estas morbidades. Preenchemos a ficha-espelho disponibilizada pelo curso para o efetivo monitoramento dos usuários com HAS e DM residentes na área de abrangência da unidade. Tal ação teve por objetivo facilitar a organização e gestão do processo de trabalho, além de auxiliar no controle e qualidade da assistência.

Foi estabelecida como meta a ampliação da cobertura para 70% de acompanhamento dos usuários com hipertensão e/ou com diabetes mellitus, a qual foi cumprida ao concluirmos o terceiro mês da intervenção. Para o alcance dos resultados, capacitamos toda equipe para orientar os usuários com HAS e/ou com DM enfatizando a importância de realizar as consultas mantendo a sua periodicidade conforme recomendado pelo protocolo do Ministério da Saúde.

Já para atender a demanda dos faltosos às consultas organizamos uma agenda para acolher os usuários com HAS e DM provenientes das buscas domiciliares. Informamos a comunidade sobre a importância de realização das consultas bem como ouvimos a mesma sobre estratégias para não ocorrer evasão usuários com HAS e DM acompanhados na unidade. Orientamos também aos usuários com HAS e DM e a comunidade em geral sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Cada membro da equipe foi capacitado para o adequado preenchimento das fichas-espelho que serviram para alimentar a planilha eletrônica de coleta de dados também disponibilizada pelo curso utilizada para calcularmos nossos índices de cobertura e de qualidade do atendimento prestado. Desse modo, contemplamos as ações de monitoramento do número de usuários com HAS e DM cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. A saber, as fichas-espelho foram preenchidas durante as consultas, nas visitas domiciliares e em encontros dos grupos de educação em saúde.

Foi garantido o registro de todos os usuários, melhoria quanto ao acesso bem como quanto ao acolhimento dos usuários com HAS e DM na unidade. Garantimos junto ao gestor municipal material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, aparelho para fazer teste de hemoglicose) na unidade de saúde. Também verificamos junto aos usuários com hipertensão e/ou com diabetes mellitus, quais medicações utilizavam para controle da pressão arterial, se necessitavam de cuidado extra, se praticavam alguma atividade física, se eram ou não tabagistas, se já realizaram consulta

oftalmológica avaliação nutricional e consulta odontológica. Também verificamos peso, altura, calculamos o Índice de Massa Corporal (IMC), solicitamos exames laboratoriais segundo recomendado pelo protocolo bem como realizamos avaliação do risco cardiovascular.

Os ACS foram capacitados para auxiliar no cadastramento e a equipe técnica de enfermagem foi e continuará sendo orientada sobre a técnica da aferição da pressão arterial e do hemoglicoteste por meios de atividades de ação permanente.

A população continuará sendo conduzida pelo programa implantado e sendo informada sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, para que haja maior adesão ao programa.

A comunidade foi informada sobre a importância de verificar a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente, bem como sobre a importância de realizar o rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes por meio de palestras.

Para melhorar a qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou DM, foi realizado exame clínico apropriado em todos os usuários cadastrados com HAS e DM e está sendo mantido o monitoramento do número de pessoas com HAS e DM com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e a sua periodicidade recomendada. Também está sendo verificada a necessidade de atendimento odontológico e realizado o seu devido encaminhamento.

Foram definidas as atribuições de cada membro da equipe quanto ao exame clínico de usuários com HAS e DM, também foram realizadas as capacitações conforme preconizado por meio dos protocolos com versão atualizada bem como garantida a versão impressa na unidade. Está garantida junto ao gestor municipal a solicitação dos exames complementares e a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

Foi realizado o controle de estoque de medicamentos e registro atualizado das necessidades de medicamentos dos usuários com HAS e DM cadastrados na unidade de saúde. Orientamos esses usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes mellitus e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades

avaliadas periodicamente; receberam orientações também quanto à necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, assim como sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente os usuários com HAS e DM.

Com o objetivo de melhorar o registro das informações, foi implementada a ficha-espelho disponibilizada pelo curso de especialização e graças à ajuda da gestão municipal foram impressas as fichas-espelho necessárias. Tal forma de registro facilitou o monitoramento do acompanhamento de todos os participantes do Programa, sendo imprescindível agora a constante atualização das informações.

Em relação às consultas de avaliação e realização do exame clínico, tanto a médica como o enfermeiro estão aptos para sua realização. O odontólogo é responsável pelo preenchimento da ficha-espelho de acompanhamento de saúde bucal e a técnica de enfermagem pela atualização das informações referentes aos usuários faltosos às consultas segundo o protocolo. Assim, todos os membros da equipe foram e continuam sendo co-responsáveis no monitoramento dos registros, sendo médica e o enfermeiro os responsáveis por monitorar a adequação de todas as formas de registros referentes ao Programa instituído.

Além disso, quero ressaltar o apoio das Associações de Moradores de Bairro para a realização das atividades do grupo de educação em saúde, alcançando uma participação ativa da população, assim como a disponibilização dos meios informativos do município os quais foram e continuam sendo disponibilizados para a promoção das atividades realizadas. Evidenciamos uma mudança no atendimento às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus, pois alcançamos resultados muito satisfatórios com o trabalho desenvolvido ao longo das 12 semanas. A seguir apresentamos algumas fotografias do trabalho realizado na UBS:



Figura 1: Fotografia do encontro com o grupo de Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS do Município Nova Ramada/RS 2015



Figura 2: Fotografia do encontro com o grupo de usuários com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS do Município Nova Ramada/RS 2015



Figura 3: Fotografia do encontro com o grupo de Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS do Município Nova Ramada/RS 2015

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Apesar das dificuldades enfrentadas ao longo da intervenção nenhuma das ações previstas no cronograma do projeto deixou de ser desenvolvida, pois crescemos e superamos juntos todas as dificuldades.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Tive certa dificuldade no preenchimento dos dados coletados e na sistematização dos mesmos, pois tenho pouco conhecimento de informática, mas com o apoio da minha orientadora consegui preencher os dados necessários para realizar o cálculo dos indicadores de forma adequada. Neste sentido tenho muito que agradecer a ela, pois é uma das peças importantes na realização desta intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

As ações já estão incorporadas à rotina diária do serviço da Unidade de Saúde do município de Nova Ramada/RS, pois temos uma boa aceitação da comunidade, dos usuários que fazem parte do grupo de educação em saúde e da equipe de saúde.

Graças à integração da equipe e o seu envolvimento das atividades foi possível alcançar os resultados e tornar possível o funcionamento do programa. Trabalhamos persistentemente com a equipe sobre a necessidade do engajamento de todos nas atividades propostas por mais que, muitas vezes, o ambiente e condições de trabalho não eram completamente adequados, além da sobrecarga de trabalho, mas, o mais importante era o desejo de trabalhar no sentido de buscar respostas e soluções para que fosse fornecido um atendimento integral e de qualidade a todos os usuários acompanhados pela equipe, por mais que temos conhecimento de que muitos benefícios possam advir somente em longo prazo.

Além disso, a disponibilidade da Secretaria Municipal de Saúde em fornecer todos os recursos necessários para que a equipe pudesse trabalhar de maneira adequada tornou viável o sucesso da intervenção.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Segundo a Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel 2011), no Brasil a prevalência média de HAS na população maior de 18 anos é de 22,7%, sendo que 25,4% em mulheres e 19,5 em homens. Já para a diabetes a população maior de 18 anos aumentou 5,3% para 5,6% entre 2006 e 2011, sendo que as mulheres correspondem a 6%, ou seja apresentam uma maior proporção da doença.

No Brasil o controle dessas doenças está ligado a prevenção que é feita através das modificações de estilo de vida, alimentação, consumo de sal, controle de peso e a prática de atividades físicas, além de orientação ao abandono do álcool e tabagismo (BRASIL 2013).

É de grande importância a participação dos profissionais de Atenção Básica, pois esses auxiliam na prevenção, diagnóstico, monitoramento e controle da hipertensão arterial.

Para a realização da intervenção foram criados objetivos e metas para melhorar a atenção à saúde dos usuários com Hipertensão Arterial sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na unidade de saúde Nova Ramada.

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

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

A intervenção buscou melhorar a atenção à saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus da área de adstrição da UBS Nova Ramada. A equipe é responsável por uma população de 2.464 usuários. Destas, 1650 são maiores de 20 anos, sendo que 375 têm hipertensão e 92 diabetes, segundo as estimativas da planilha de coleta de dados que foi utilizada como base para os cálculos dos indicadores.

Trata-se de usuários que estava precisando de melhoria da atenção, tendo em vista que, a cobertura do programa no período da análise situacional era de 65% e 49%, respectivamente, para hipertensão e diabetes. O resultado da intervenção apresenta dados satisfatórios em nossa área de atuação. A partir dos indicadores avaliados, obtivemos melhora progressiva ao longo das semanas. Isso demonstra o comprometimento da equipe em melhorar a cobertura do programa e o atendimento ao usuário ao longo de cada mês.

O número total de hipertensos com 20 anos ou mais acompanhados no programa de atenção à HAS e residentes na área de abrangência da equipe, em cada mês da intervenção foi, respectivamente, 74 (19,7%), 171 (45,6%) e 263 (70,1%). Já em relação ao programa de diabetes, o número total de acompanhados foi respectivamente 15 (16,3%), 36 (39,1%) e 65 (70,7%), respectivamente. Antes do início da intervenção, as metas de cobertura estimadas para o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus foi 70% para ambos. O indicador de cobertura do programa de atenção aos usuários com hipertensão e diabetes nos permite conhecer cada pessoa, sabendo melhor como se encontra sua saúde. O trabalho em equipe bem organizado e com ajuda dos gestores e da própria população contribuiu para alcançar este resultado. Conforme é possível observar na figura 4 e 5.

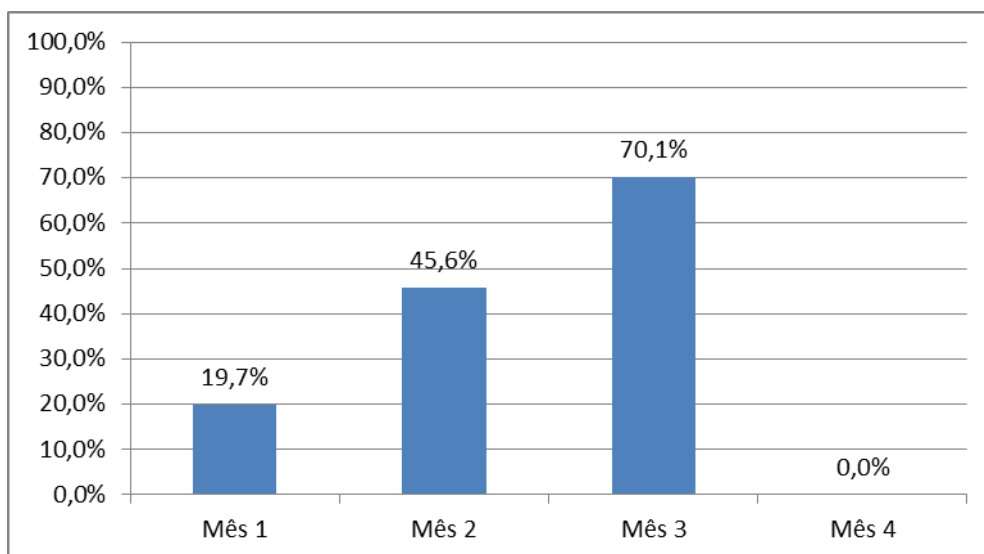


Figura 4: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Nova Ramada/RS, 2015.

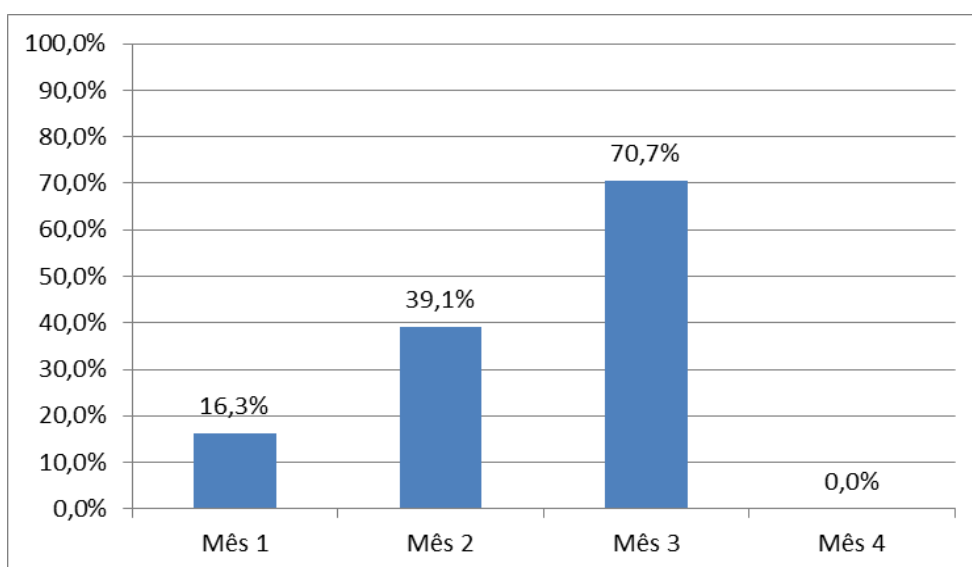


Figura 5: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. Nova Ramada/RS, 2015.

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

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

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

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.

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

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

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

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

Durante o período de intervenção os usuários cadastrados no grupo (hipertensos e/ou diabéticos em acompanhamento pela equipe) foram avaliados pelo exame clínico e exames complementares periódicos em dia de acordo o protocolo de atendimento preconizado pelo Ministério da Saúde para hipertensos e/ou diabéticos. Para estas ações alcançamos nos 3 meses 100% (71, 171 e 263, respectivamente) dos usuários com hipertensão e 100% (15, 36 e 65, respectivamente) dos usuários com diabetes. O exame clínico apropriado foi realizado pela médica especializada no momento da consulta individual, e ela já fazia a solicitação dos exames complementares. Foi possível uma boa porcentagem graças ao trabalho em equipe da UBS, a médica sempre se baseando no protocolo durante as consultas realizadas. Esta ação não apresentou inconveniente, pois houve cumprimento pela Secretaria Municipal de Saúde na realização dos exames clínicos apropriados e solicitados no protocolo.

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

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

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

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

Quanto à prescrição de medicamentos da farmácia popular, no primeiro, segundo e terceiro, o número de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular foi, respectivamente, 51 (68,9%), 126 (73,7%) e 206 (78,3%), conforme mostra a figura 6. Já o número de diabéticos foi 12 (80,0%), 29 (80,6%) e

50 (76,9%), no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente, conforme mostra a figura 7.

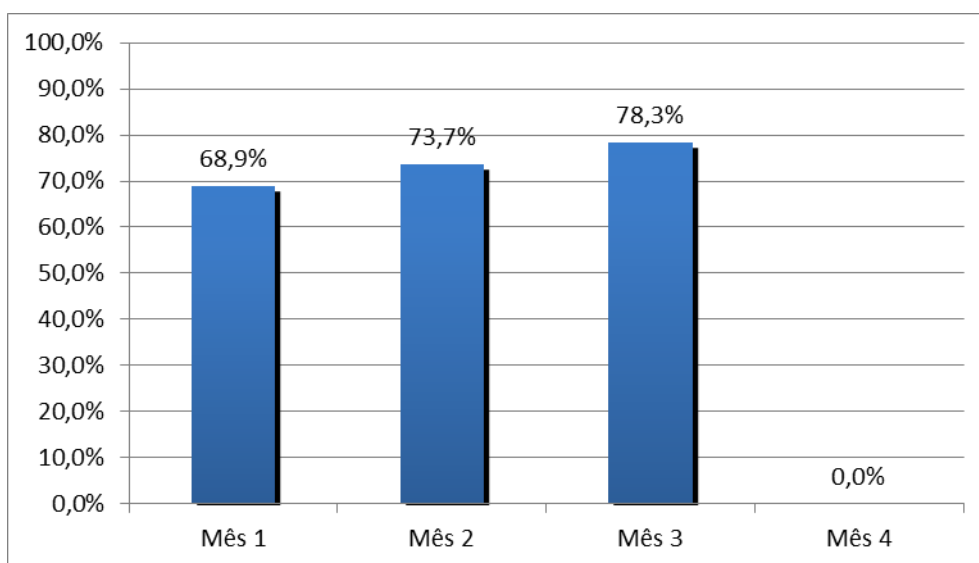


Figura 6: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA priorizada. Nova Ramada/RS, 2015.

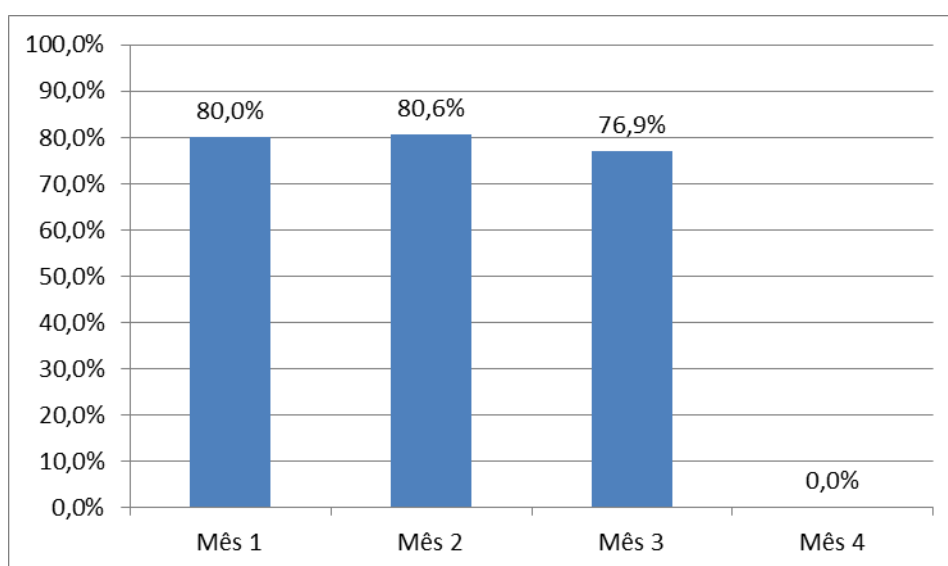


Figura 7: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Nova Ramada/RS, 2015.

Havia muitos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes que não estavam em uso da medicação priorizada pela Farmácia popular, devido a muitos ter acompanhamento com diferentes especialistas e prescrevem a medicação não genéricos, que os usuários não podem conseguir nas farmácias popular. Também é necessário fazer um trabalho de conscientização com a comunidade, para que eles possam ir mudando a forma de pensar, principalmente dos mais idosos, que em percentual alto consomem medicamentos comerciais, que não temos na Farmácia Popular.

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

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

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

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

Durante a intervenção os cadastrados no grupo (hipertensos e/ou diabéticos em acompanhamento pela equipe) foram avaliados pelo odontólogo da unidade quanto à necessidade de atendimento odontológico. Assim, durante o primeiro mês 74 (100%), segundo mês 171 (100%) e terceiro mês 263 (100%) dos hipertensos foram avaliados. Já para os usuários diabéticos tivemos no primeiro mês foi de 15(100%) avaliações da necessidade de atendimento odontológico. No segundo mês foi 36 (100%) usuários diabéticos e o terceiro mês foi 65 (100%). Conseguimos alcançar com êxito a meta dos 100% graças a equipe de saúde bucal que tem desenvolvido um trabalho muito bom. Antes, foi combinado para que o dentista desse prioridade aos usuários do programa, pois a saúde bucal na unidade tem uma carga horária de 8 horas.

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

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

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

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

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

A proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas com busca ativa propiciaram que todos que foram acompanhados na UBS e faltaram às consultas tivessem seu atendimento garantido, pois 100% dos faltosos nos três

meses da intervenção tiveram a busca ativa pelos ACSs. No mês 1, dos usuários hipertensos em atendimento, 100,0%, que representa 1 foi considerado como faltoso na consulta, no segundo mês, 100,0%, que representa 1, no terceiro mês 100,0% que também representa 1. Dos usuários em acompanhamento foi realizada a busca ativa em 100% e as consultas seguem o protocolo de atendimento.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

Quanto à proporção de usuários hipertensos e diabéticos que tiveram seu registro adequado na ficha de acompanhamento foi alcançada uma boa meta. No trimestre, foi realizado registro adequado de 74(100,0%), 171(100,0%) e 263(100,0%) respectivamente para usuários hipertensos nos três meses. Já nos usuários diabéticos, esse acompanhamento foi de 15(100,0%) no primeiro mês, 36(100,0%) no segundo e o trimestre terminou com 65(100,0%). Essa responsabilidade foi da médica que estava fazendo todas as anotações; uma enfermeira supervisionando o trabalho uma vez por semana, e a médica especializanda, responsável pelo programa, analisando todas as semanas os dados para colocar na planilha de forma que não faltasse nenhum registro dos usuários.

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

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

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

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

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Foi necessário fazer o mapeamento da estratificação do risco cardiovascular tendo como meta 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Na prática, o número de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular foi, respectivamente, 74(100,0%), 171 (100,0%) e 263 (100,0%), enquanto o número de diabéticos foi 15 (100%), 36 (100,0%) e 65 (100%), no primeiro, segundo e terceiro mês, respectivamente. Em todas as consultas, a médica especializanda indicaram exames para o controle de risco cardiovascular provendo assim um atendimento integral, contínuo e organizado nas consultas. Os próprios usuários têm como costume solicitar sempre exames para controle deste risco. Isso já é um hábito na população de Nova Ramada.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

Foram realizadas ações educativas com a intenção de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos. No primeiro mês o número de usuários hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde com orientação nutricional sobre alimentação saudável foi de 74 (100,0%), já no mês dois foram 171 (100,0%) e no terceiro mês os 263 (100%), tiveram a orientação nutricional. Da mesma maneira, para os diabéticos os valores foram de 15 (100%) no primeiro mês, no mês dois foi 36 (100,0%), no terceiro mês, 100%, os 65 tiveram orientação nutricional. Contamos com a ajuda de nutricionistas, responsável de garantir à comunidade as orientações precisas sobre alimentação saudável, e assim, cumprindo a meta.

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

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

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

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

Da mesma forma, também foram realizadas ações educativas com a intenção de garantir a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos orientações em relação à prática regular de atividade física. No primeiro mês, o número de usuários hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde com orientação sobre prática regular de atividade física foi de 74 (100,0%); no mês dois, 171(100,0%) e no terceiro mês fechou com 263 (100,0%). Nos usuários diabéticos, o mês um foi feito as orientações com 15 (100,0%), já no mês dois foi 36 (100,0%), o terceiro mês fechou com 65(100,0%) e todos os usuários hipertensos e diabéticos tiveram o momento de orientação sobre prática regular de atividade física. A meta foi cumprida, sem apresentar inconvenientes, foi a médica especializanda que orientava de acordo com as orientações marcadas no protocolo de atendimento para atividade física durante as atividades educativas.

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

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

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

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

Quanto às orientações sobre os riscos do tabagismo, tivemos como meta garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos. O número total de hipertensos que participaram as ações educativas sobre os riscos do tabagismo residentes na área de abrangência da equipe, em

cada mês da intervenção foi, respectivamente, 74 (100,0%), 171 (100,0%) e 263 (100%). Já em relação ao programa de diabetes, o número total de acompanhados foi respectivamente 15 (100%), 36(100,0%) e 65 (100%), respectivamente. Estas orientações foram fornecidas em momentos nos encontros com o grupo de usuários hipertensos e diabéticos pela médica especializanda, pela enfermeira, psicóloga, também durante todas as consultas e visita domiciliar.

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

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

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

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

Diante da importância de manter uma boa higiene bucal e que 100% dos usuários hipertensos e diabéticos precisam de orientações de como fazer para manter uma boa higiene bucal, foi que durante as ações de atividades coletivas abordamos essa orientação, tendo a participação no primeiro mês de 74 (100,0%) usuários hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde com orientação sobre higiene bucal, no mês dois foi de 171 (100,0%) e no terceiro mês fechou com 263 (100,0%) de usuários hipertensos orientados sobre higiene bucal. Da mesma forma, os diabéticos se fizeram presentes e no primeiro mês, o número de usuários diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde com orientação sobre higiene bucal foi de 15 (100,0%), no mês dois, 36(100,0%) e no terceiro mês fechou com 65 (100%) de usuários diabéticos orientados sobre higiene bucal. A maioria dos usuários apresenta alguma queixa sobre sua saúde bucal e assim as ações educativas tiveram um ótimo apoio da comunidade, pois, quando marcávamos eles estavam presente em quantidade bem representativa e interagem com o dentista, esclarecendo várias dúvidas.

4.2 Discussão

A intervenção em saúde na Unidade de Estratégia de Saúde da Família de Nova Ramada/RS entre os meses de fevereiro e junho propiciou a melhoria da qualidade de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou com diabetes mellitus e possibilitou a ampliação da cobertura do Programa de atenção aos hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Durante a intervenção cadastramos 263 pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica alcançando 70,1% do total da população superando a meta inicial proposta. Já a ampliação da cobertura de atenção às pessoas com Diabetes Mellitus alcançou 70,7% (65). Para melhorar a qualidade da atenção aos usuários do Programa de atenção aos hipertensos e diabéticos destacamos que 100% dos acompanhados realizaram exame clínico apropriado, bem como realizaram os exames complementares recomendados segundo o protocolo do Ministério da Saúde.

A intervenção exigiu que todos os profissionais de saúde da equipe se capacitassem sobre as recomendações do Ministério da saúde referentes ao Protocolo de Atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. A intervenção proporcionou o trabalho integrado de toda equipe de saúde (médica, enfermeira, dentista, auxiliar de consultório dentário, técnica em enfermagem e agentes comunitários de saúde. A médica especializanda ficou com a responsabilidade de solicitar os exames complementares e a realização do exame clínico apropriado. Para a promoção da saúde às pessoas com hipertensão e/ou diabetes mellitus realizamos orientações com apoio de profissionais como nutricionista, educadora física, fisioterapeuta, psicóloga e enfermeira. A enfermeira também foi responsável pela manutenção do registro atualizado na ficha-espelho do programa de atenção aos hipertensos e/ou diabéticos. A odontóloga e sua ACD (Auxiliar Consultório Dentista) tinham como atribuições gerais realizar o atendimento odontológico às pessoas com hipertensão e/ou com diabetes acompanhadas durante a intervenção e trabalhar com promoção da saúde, orientando sobre higiene bucal e sobre a importância da realização do acompanhamento odontológico, especialmente aos diabéticos. Os ACS foram responsáveis pela busca ativa de todos os faltosos. O trabalho da enfermeira e da técnica em enfermagem foi realizado em conjunto abrangendo acolhimento, atendimento inicial (sinais vitais e mensurações),

orientação aos ACS, registro na ficha-espelho e monitoramento da intervenção. Foram realizadas atividades de promoção à saúde bem como fornecidas orientações durante o atendimento clínico e em atividades grupais.

A intervenção promoveu o trabalho em equipe, pois antes da mesma o trabalho era centrado basicamente no médico e na equipe de enfermagem (enfermeira e técnica de enfermagem). A atenção aos usuários participantes do grupo de hipertensos e/ou diabéticos passou a acontecer de maneira mais humanizada e com participação de toda equipe. Os usuários com hipertensão e/ou com diabetes passaram a receber atendimento de qualidade por uma equipe multiprofissional. Além disso, foi reorganizada a agenda de saúde bucal para prestar um atendimento prioritário às pessoas com hipertensão e/ou diabetes sem prejuízo aos demais usuários.

O impacto da intervenção é claramente percebido pela comunidade. Porém, percebemos que no decorrer da intervenção as pessoas com hipertensão e/ou com diabetes se sentiam mais a vontade para conversar com a equipe, tirar dúvidas, se mostravam mais interessadas e participativas nos grupos e até mesmo durante as consultas. Com isso conseguimos criar um vínculo com todos e isso melhorou a qualidade do serviço em nossa ESF.

A intervenção poderia ter obtido melhores resultados, mas, enfrentamos várias dificuldades que foram superadas pouco a pouco. Toda a equipe se comprometeu para incorporar a intervenção à rotina do serviço, pois percebemos que houve melhoria da qualidade de atenção aos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Este fato contribui para a satisfação da equipe pelos resultados alcançados com a intervenção e entusiasmou a equipe para dar continuidade ao trabalho iniciado.

Na sequencia pretendemos intensificar ainda mais o trabalho para alcançar e manter em acompanhamento 100% de pessoas com hipertensão e/ou com diabetes que pertencem à área de cobertura do serviço. Para que esta meta possa ser alcançada, contamos com o apoio da Secretaria de Saúde, da Prefeitura, do pessoal de Apoio à Atenção Básica e a disposição da equipe que a cada dia procurou ofertar o melhor de si para garantir uma assistência de qualidade a todos.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Secretário Municipal de Saúde,

Na nossa Unidade Básica de Saúde Nova Ramada foi desenvolvido um projeto de intervenção no período de 12 semanas nos meses de Julho a Outubro de 2015, com o objetivo geral de Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na Unidade Básica de Saúde Nova Ramada, Nova Ramada/RS. A realização deste trabalho foi por meio da especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. A nossa equipe escolheu o foco de Hipertensos e/ou Diabéticos por ter considerado baixa a cobertura deste grupo populacional e achar bem interessante dedicar-se ao cuidado deles e ajudar seus familiares, além de que percebemos que não tínhamos um programa de atendimento adequado ao acompanhamento desta parte da população e nos dando a oportunidade de avaliar o seu comportamento no nosso município.

Com o apoio recebido do gestor foi possível realizar o esclarecimento à equipe sobre o projeto de intervenção e a capacitação da equipe da UBS para realizar acolhimento dos usuários hipertensos e diabéticos de acordo com os protocolos de atendimento, onde não encontrei dificuldades e pude contar com a colaboração de todos os integrantes da equipe.

O monitoramento da cobertura do programa de atenção à hipertensão arterial e diabetes mellitus foi realizado por meio da verificação do número de usuários hipertensos e diabéticos existentes na área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família de Nova Ramada, do município de Nova Ramada e o número que tinham cadastros na UBS, pois o programa não tinha uma boa cobertura. Percebemos que, ao longo da intervenção, tivemos melhora neste indicador, pois no primeiro mês da intervenção o percentual de usuários cadastrados no programa era

de 19,7% (74) dos usuários hipertensos, passando para 70,1%(263) no 3º mês da intervenção. Já com os usuários diabéticos no primeiro mês 16,3 (15)% e no 3º meses passando para 70,7%(65)

Realizamos o atendimento de todos os usuários hipertensos e diabéticos da área de cobertura que chegaram à nossa UBS, e dessa forma já fizemos o cadastramento deles, registrado na ficha-espelho de acompanhamento. Os que não foram cadastrados é porque fazem acompanhamento na rede privada, por ter planos de saúde, ou realizam acompanhamentos em outros municípios por onde trabalham.

Durante a realização do acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, eles foram orientados sobre a importância da realização de atividades físicas regular, orientação nutricional sobre alimentação saudável, os riscos que ocasiona o hábito de fumar, orientações sobre a importância da higiene bucal, assim como foi realizado a avaliação do risco de doenças cardiovasculares em todos usuários e sobre vários outros assuntos relacionados à.gestão.

Foram realizados os grupos de educação em saúde, os quais a equipe considerou de grande importância para fortalecer o vínculo com os usuários. No atendimento individual dos usuários foi realizado o exame clínico de acordo com o protocolo, se disponibilizou os exames complementares em dia para a avaliação destes usuários, assim como a avaliação odontológica e a disponibilidade de atendimento para os usuários que precisarem.

Quanto ao promoção da saúde, todas as metas foram trabalhadas. Isso se deu graças à cooperação dos demais profissionais da equipe, como o médico, dentista, técnico em enfermagem, ACS, ACD, a equipe de o NAAB, ao apoio recebido pelo COMUS (Conselho Municipal de Saúde), em especial das Associações de Bairro, o êxito foi atingido graças ao trabalho em equipe.

Toda equipe percebe que o trabalho desenvolvido durante a intervenção deve ser incorporado na rotina do serviço na UBS, dando especial atenção a elevar aos indicadores de cobertura, pois, foi um ponto que se tentou alcançar com a intervenção, mas queremos atingir 100% dos usuários com hipertensão e diabetes da área de abrangência. Pretendemos continuar incentivando a eles para a procura deste atendimento.

Percebemos que o papel da gestão foi de fundamental importância para a realização desta intervenção, pois, com o apoio e autorização foi possível dar prioridade ao atendimento prestado aos usuários hipertensos e diabéticos de nossa

UBS, e com isso melhoramos a qualidade do serviço e conseguimos criar um vínculo com os usuários. Gostaria de agradecer ao gestor pela oportunidade e apoio na realização da intervenção.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezados usuários da UBS Nova Ramada,

A nossa equipe de saúde fez um trabalho de intervenção depois de conhecer os principais problemas de saúde que afetam a população de nossa área de atendimento, e resolveu trabalhar com as pessoas com hipertensão e diabetes. O objetivo deste trabalho foi melhorar o atendimento a este grupo populacional segundo recomendação do Ministério da Saúde. No começo, fizemos um levantamento de todas as pessoas desse grupo para manter os dados bem atualizados. O acolhimento foi realizado por todos os membros da equipe, os quais antes precisaram passar por um treinamento sobre todas as ações que seriam feitas na intervenção e conhecer qual era a função a ser desempenhado por cada um deles.

No decorrer da intervenção, foi feito o esclarecimento à equipe sobre como realizar a intervenção e orientando a equipe a forma correta de se receber quem procura atendimento na unidade, principalmente as pessoas com hipertensão e/ou diabetes, de nossa área de abrangência, de acordo com o Ministério da Saúde sugere que seja feito, onde não encontramos dificuldades e foi possível contar com a colaboração de todos os integrantes da equipe. Fomos à comunidade para verificar o número de pessoas que tinham Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, e acompanhamos dessas pessoas que eram atendidas na unidade de, pois percebemos que o programa não estava bem organizado, e ao longo da intervenção melhorou, pois no primeiro mês da intervenção o número de pessoas cadastradas era de 74 (19,7%) hipertensos, passando para 263 (70,1%) no 3º mês da intervenção. Quanto aos diabéticos, no primeiro mês haviam 15 (16,3%) e no 3º meses passando para 65 (70,7%).

Realizamos o atendimento de todos que chegaram à nossa unidade de saúde e esperamos que tenham gostado. As pessoas que eram atendidas tinham as

suas informações anotadas corretamente para que mais tarde pudesse ser examinada no futuro. Queremos melhorar mais e incentivar vocês que realizam acompanhamento particular a participar conosco das atividades realizadas nas comunidades.

Durante a realização do acompanhamento orientamos sobre a importância da realização de atividades físicas regular, orientação nutricional sobre alimentação saudável, os riscos que ocasiona o hábito de fumar, orientações sobre a importância da higiene bucal, assim como foi realizado a avaliação do risco de doenças do coração.

É importante à atuação da equipe de atenção básica o mais cedo possível e descobrir os que têm a doença para que não sofram mais tarde com as complicações. Temos certeza que com este trabalho poderemos prevenir este tipo de acontecimento.

A agenda do dentista foi reorganizada, sendo que eram oferecidas consultas a todos vocês que estão em acompanhamento em nossa unidade. A agenda médica foi também reorganizada para o atendimento de acordo com o protocolo disponibilizando horários para eles de reconsultas.

Quanto ao objetivo proposto de promover a saúde, todas as metas foram atingidas. Isso se deu graças à cooperação de todos profissionais da equipe, como o médico, dentista, técnico em enfermagem, Agente Comunitária de Saúde, Auxiliar Consultório Dentista, a equipe do NAAB (Núcleo de Apoio Atenção Básica) e ao apoio recebido pelo Conselho Municipal de Saúde.

Toda equipe percebe que o trabalho desenvolvido durante a intervenção deve ser incorporado como rotina do serviço na unidade, pois foi um ponto que se buscou alcançar com a meta prevista durante a intervenção, mas queremos atingir 100% das pessoas com hipertensão e diabetes da área da unidade. Pretendemos continuar incentivando os hipertensos e diabéticos para que procurem este atendimento. Observamos que após o início do cadastramento de vocês no programa, pareceu que as pessoas se sentiam mais a vontade para conversar com a equipe, tirar dúvidas. Vocês tiveram a mesma impressão? Pretendemos continuar incentivando vocês para que procurem este atendimento e deixar as agentes comunitárias de saúde agendem as consultas de vocês, visando à melhoria desse serviço. Agradecemos a contribuição e colaboração na prática da intervenção. Esperamos que estejam gostando dessas novidades.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Na minha chegada ao Brasil eu fiquei um pouco desorientada com a modalidade da Universidade a distância, pois, nunca antes tinha utilizado essa ferramenta. No início apresentei dificuldade para fazer meu cadastro e começar o curso, mas pouco a pouco foi adquirindo habilidade. Ao iniciar as atividades planejadas tivemos algumas dificuldades no transcorrer deste período. O primeiro contratempo foi o fato que praticamente toda a equipe saiu de férias no mês de janeiro, logo após veio o meu período de férias, tive problemas com o computador e com o provedor de internet que atrasaram um pouco a intervenção, mas sempre contamos com o apoio da equipe e da gestão de saúde do município e conseguimos realizar a mesma conforme previsto. Eu também não conhecia muito de informática, o que atrapalhou meu desempenho, agora eu posso dizer que este curso foi muito importante para mim em diversos aspectos.

Com a realização deste curso não apenas ampliei meus conhecimentos da informática, também tive uma visão mais ampla da situação de saúde do município onde trabalho, que ajudou a melhorar o trabalho da nossa UBS. Desde o ponto de vista profissional, o curso propiciou um melhor relacionamento com os demais integrantes da equipe e com a comunidade, ajudou-me a conhecer a importância do trabalho em equipe para o adequado funcionamento da Estratégia de Saúde da Família, além disso, reforçou meus conhecimentos sobre Hipertensão e Diabetes e outras doenças, com as particularidades dos protocolos utilizados no Brasil.

Esta modalidade de ensino a distância tem suas vantagens, pois o Brasil tem uma ampla extensão territorial, e, portanto a maioria de nós teria que passar horas nas estradas até chegar ao encontro na Universidade. Também nos permitiu interagir com nossos colegas e orientadores através dos fóruns e DOE para trocar ideias, experiências e dúvidas. A realização dos estudos de prática clínica e casos

clínicos interativos estimularam o raciocínio clínico e o manejo adequado dos problemas de saúde e possibilitaram ampliar e aprofundar o conhecimento de temas muitos frequentes na APS.

Com a realização de nossa intervenção eu pude conhecer melhor o manejo dos usuários com Hipertensão e Diabetes no Brasil, aprendi que é muito importante trabalhar em equipe para proporcionar atendimentos e acompanhamentos de qualidade, identificar os problemas, e planejar ações de saúde, sobretudo ações de promoção e prevenção em saúde. A concretização desta intervenção somente foi possível graças ao trabalho da equipe, pois a mesma passou a ter um objetivo comum, todos os profissionais falavam a mesma linguagem, seguiam as diretrizes e protocolos de atendimento, as atividades de educação em saúde passaram a ser uma realidade incorporada à rotina do serviço e, baseados nesta intervenção pretendemos melhorar a qualidade dos demais programas da Unidade.

O curso de especialização em saúde da família da UFPEL significou muito para mim porque me ajudou a melhorar profissionalmente, aprendi muitas coisas sobre o SUS, tive experiências maravilhosas e inesquecíveis. Fico muito emocionada com a realização deste curso.

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).

Schmidt MI, Duncan BB, Bang H, Pankow JS, Ballantyne CM, Golden SH, et al. **Identifying individuals at high risk for diabetes: The atherosclerosis risk in communities study**. Diabetes Care 2005; 28: 2013-2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://censo2010.ibge.gov.br/> Acessado em: 22/11/2014

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética

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

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

2013_08_15 Coleta de dados HAS e DM [Modo de Compatibilidade] - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO Entrar

L14

Indicadores HAS e DM - Mês 1															
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está cadastrado no Programa HÍPERDIA?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em	O paciente realizou avaliação odontológica?
Orientações de preenchimento	De 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															
13															
14															
15															
16															
17															
18															
19															
20															
21															
22															
23															
24															
25															
26															
27															
28															
29															
30															

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

18:52 09/01/2015

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante