

**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 dos usuários com HAS e/ou DM da UBS Sete de
Setembro, Santa Rosa/RS**

Sergio Ernesto Roman

Pelotas, 2015

Sergio Ernesto Roman

Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários com HAS e/ou DM da UBS Sete de
Setembro, Santa Rosa/RS

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

Orientador: Pâmela Ferreira Todendi

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

R758m Roman, Sergio Ernesto

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários HAS e/ou DM da UBS Sete de Setembro, Santa Rosa/RS / Sergio Ernesto Roman; Pâmela Ferreira Todendi, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

91 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. Todendi, Pâmela Ferreira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Aos meus caríssimos professores da faculdade que me ensinaram medicina com sabedoria, para minha amada esposa Cristiane Preissler com quem quero ter uma vida cheia de felicidade sempre.

Resumo

ROMAN, Sergio Ernesto. **Melhoria da Atenção à Saúde dos usuários com HAS e/ou DM da UBS Sete de Setembro, Santa Rosa/RS**. Ano. 2015. 93f. 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.

Um dos graves problemas de saúde pública no Brasil e no mundo refere-se à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus(DM), a comunidade de Santa Rosa não é diferente desta realidade, por tanto este trabalho foi desenvolvido em virtude de oferecer um melhor atendimento aos usuários com estas patologias. A população de nossa área é composta fundamentalmente por pessoas idosas e a maioria possui desconhecimento sobre as doenças crônicas não transmissíveis. Dessa maneira este projeto de intervenção teve como objetivo melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da UBS Sete de Setembro, no município de Santa Rosa/RS. A intervenção foi realizada durante 12 semanas, de dezembro (2014)_a fevereiro (2015), contemplando ações em quatro eixos pedagógicos: organização e gestão dos serviços, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. Utilizaram-se os protocolos de HAS e DM do Ministério da Saúde, 2013, as fichas espelho e a planilha de coleta de dados fornecida pelo curso. Tínhamos como objetivo cadastrar 90% dos usuários com HAS e 50% dos usuários com DM da área de abrangência da unidade. Ao final da intervenção foram cadastrados 122 (33%) usuários com HAS e 37 (40,7%) usuários com DM. Todos os usuários cadastrados receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico, 95% (117) dos usuários com HAS e 94,6% (35) dos usuários com DM receberam avaliação da estratificação de risco cardiovascular e todos os usuários receberam orientações sobre prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal. Os resultados alcançados com este trabalho são importantes para a tomada de decisões políticas e sociais em nossa comunidade, principalmente no que diz respeito aos usuários com HAS e DM. Futuramente propõem-se realizar uma intervenção para melhorar e qualificar a saúde do idoso, já que nossa comunidade possui importante população nessa faixa etária.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Cronograma de atividades	48
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa/RS.	61
Figura 3	Cobertura do programa de atenção ao usuário com DM na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa/RS.	62
Figura 4	Proporção de usuários com HAS com o exame clínico em dia na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa/RS.	63
Figura 5	Proporção de usuários com DM com exame clínico em dia na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa/RS.	63
Figura 6	Proporção de usuários com HAS com os exames complementares em dia na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa, RS	64
Figura 7	Proporção de usuários com DM com os exames complementares em dia na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa, RS.	65
Figura 8	Proporção de usuários com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico em dia na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa, RS	67
Figura 9	Proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico dia na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa, RS	68
Figura 10	Proporção dos usuários com HAS faltosos às consultas na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa, RS.	69
Figura 11	Proporção dos usuários com DM faltosos às consultas na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa, RS	70
Figura 12	Proporção de usuários com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa, RS.	71
Figura 13	Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa, RS.	71
Figura 14	Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco	

	cardiovascular na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa, RS.	73
Figura 15	Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa, RS.	73
Figura 16	Reunião de equipe	85
Figura 17	Grupo de ginástica, no centro a educadora física	85
Figura 18	Grupo de ginastica trabalhando	86
Figura 19	Acesso à Vila Sete de Setembro	87
Figura 20	UBS Sete de Setembro	88

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS 1	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
E-SUS	Atenção Básica
FUMSSAR	Fundação Municipal de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
IAM	Infarto Agudo de Miocárdio.
IMC	Índice de Massa Corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer
MS	Ministério de Saúde
NASF	Núcleo de Apoio Saúde da Família
NEP	Núcleo de Ensino e Pesquisa
PA	Pressão Arterial
SBC	Sociedade Brasileira de Cardiologia
SBEM	Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar Nutricional
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
VD	Visita Domiciliar
VIGITEL	Vigilância De Fatores De Risco E Proteção Para Doenças Crônicas Por Inquérito Telefônico.

Sumário

1	Análise Situacional	10
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2	Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	22
2	Análise Estratégica	23
2.1	Justificativa.....	23
2.2	Objetivos e metas.....	25
2.2.1	Objetivo geral.....	25
2.2.2	Objetivos específicos	25
2.2.3	Metas	25
2.3	Metodologia.....	27
2.3.1	Detalhamento das ações	27
2.3.2	Indicadores	38
2.3.3	Logística.....	44
2.3.4	Cronograma	48
3	Relatório da Intervenção.....	49
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	49
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	51
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	53
3.4	Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços	53
4.1	Resultados.....	55
4.4	Discussão.....	71
5	Relatório da intervenção para gestores	73
6	Relatório da Intervenção para a comunidade	76
7	Reflexão critica sobre seu processo pessoal de aprendizagem	79
	Referências	81
	Apendices.....	82
	Anexos	86

Apresentação

Este trabalho tem por objetivo melhorar o atendimento de usuários com HAS e / ou DM na UBS(unidade básica de saúde) Sete de Setembro em Santa Rosa/RS. Se apresenta como uma ferramenta destinada para a prática clínica diária do atendimento, de tal forma que seja um guia do trabalho desenvolvido em cada consulta.

Este volume é um fiel reflexo de nossa realidade que é comentada na análise situacional descrita no CAPÍTULO 1, onde se expõem os motivos que foram as principais forças que determinaram o desenvolvimento deste trabalho. No CAPÍTULO 2 está descrito os objetivos, metas, indicadores e estratégias empregadas para tal fim.

No CAPÍTULO 3 apresenta-se o relatório da intervenção, no CAPÍTULO 4 descreve-se os resultados e discussão da mesma. Os CAPÍTULOS 5 e 6 estão descritos os relatórios para gestores e comunidade e por fim apresenta-se uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem, após estão descritas as referências apêndices e anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A unidade básica de saúde (UBS) Sete de Setembro possui uma boa estrutura, boa equipe de trabalho como ótima disposição para os serviços e temos desenvolvido uma estrutura de trabalho onde cada um dos integrantes da equipe conhecem suas tarefas. Em geral contamos com um bom espaço físico para o desenvolvimento de nossa atividade diária.

As condições de equipamento são satisfatórias e com boa disponibilidade, por exemplo, em nossa área de trabalho contamos com um computador com conexão de internet em cada consultório. O consultório médico conta com boa iluminação natural, assim como, boa iluminação artificial, temos uma pequena biblioteca, contamos com a maioria dos insumos, como lanternas, baixa línguas, estetoscópio e lava mãos. Temos um bom estoque de medicamentos.

Devo fazer menção que em nosso serviço temos uma ótima reposição e manutenção de equipes, instrumentos, mobiliário, material de consumo, assim como, a calibragem de esfigmomanômetros, balanças, entre outros materiais.

Em quanto ao estoque de medicamentos temos a maioria dos insumos definidos no Elenco de Referência Nacional de Medicamentos e Insumos, a grande maioria deles são disponibilizados na UBS. Temos todos os medicamentos que devem ser proporcionadas pelo município ao alcance dos usuários, assim como, todas as vacinas do calendário nacional do programa nacional de imunizações.

O coordenador da UBS é resolutivo e responsável, permanentemente existe um feedback durante o trabalho diário e o restante da equipe.

Nossa equipe é composta por um médico, um odontólogo, uma enfermeira, três técnicos em enfermagem, um auxiliar dentário, um auxiliar de serviços gerais,

oito agentes comunitários de saúde (ACS), uma psicóloga (um turno semanal), nutricionista (um turno quinzenal), uma educadora física (dois turnos semanais) e serviço de limpeza, todos com 40 horas semanais.

Meu trabalho é desenvolvido em 32 hs semanais, começando segunda-feira das 07h30min da manhã até à tarde. Realizamos visitas domiciliares (VD) com carro fornecido pela fundação municipal de saúde (FUMSSAR) , temos sempre usuários agendados para estas VD , tratam-se na grande maioria dos casos de usuários com impossibilidade de deslocação, acamados, idosos sem familiares e condições de chegar até a UBS. Terça e quarta pela tarde têm atividades de estudo no núcleo de ensino e pesquisa (NEP) e sexta feira pela tarde reunião de equipe.

Realizamos atendimentos aos usuários todos os dias, tanto para aqueles agendados como usuários com problemas agudos. No momento não temos excesso de demanda espontânea.

Quanto ao acesso a exames complementares e laboratoriais/consulta com especialistas, temos um grande problema, muitas consultas que após necessitam de exame de alta complexidade os usuários não conseguem fazer antes de 30 dias, e em alguns casos pode tardar até um ano ou mais. Isso acontece com os ecocardiogramas, colonoscopia, endoscopia digestiva ou consulta com algumas especialidades como cardiologia, gastroenterologia, pneumologia, entre outras.

Outro ponto é que atualmente temos acesso de material bibliográfico pela internet, mas atualmente temos apenas material desatualizado impresso.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A cidade de Santa Rosa, tem uma população de 70.0000 habitantes (IBGE, 2010), se encontra localizada no Estado do Rio Grande do Sul. O município de Santa Rosa faz divisas com os municípios de Santo Cristo, Giruá, Ubiretama, Senador Salgado Filho e Cândido Godói.

Temos um total de 17 UBS, quatro delas atualmente com médicos do Programa Mais Médicos para o Brasil. Contamos com dois Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), ambos composto por um educador físico, um terapeuta ocupacional, um fisioterapeuta, um médico pediatra, um nutricionista, um ginecologista e um gineco-obstetra. Temos também um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I), que possui um enfermeiro, um técnico em enfermagem, um

médico geral comunitário, psicólogo, terapeuta ocupacional, psiquiatra e técnico de laboratório. O município possui um Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS AD), que tem os mesmos profissionais, mas é especializado pra tratamento de usuários com dependências ao álcool e drogas.

Não temos disponibilidade de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e em relação à alta complexidade temos dois hospitais ambos tem serviço de urgência, internação e emergência. Um possui 160 leitos e o outro 60 leitos, temos também uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24 horas, que começou a funcionar no mês de maio de 2014, conta com plantão com médico para todas as especialidades.

Com relação às especialidades e exames, disponibilizamos todos os exames complementares, a maioria deles no próprio município, somente algumas especialidades precisam de encaminhamento como oftalmologia. As consultas são encaminhadas para Três de Maio ou Passo Fundo, e o serviço de hemodinâmica em Porto Alegre. Contamos levar um bom tempo para ter todas as especialidades em nossa cidade, atualmente, existe um problema com as filas e encaminhamentos para cardiologia, traumatologia, oftalmologia e cirurgia geral, infelizmente, não tem disponibilizada a informação de quando vai melhorar isto.

A vila Sete de Setembro, onde é desenvolvido nosso trabalho, está localizada a 15 km da cidade de Santa Rosa, comunidade rural de origem alemã, tem uma população de 2.445 habitantes (aproximadamente) a grande maioria da população mora distante da unidade, são lugares de difícil acesso, com estradas de terra, mas ainda fica pior nos dias de chuva, infelizmente, há usuários que até percorrem 10 km para chegar à UBS em busca de atendimento.

A UBS é rural e tem um forte vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS) já que de forma permanente tem atividades desenvolvidas pela Fundação Municipal de Saúde, órgão de controle que regula todas as atividades na área de saúde pública em Santa Rosa, além disso, muitas outras atividades são desenvolvidas pelo NEP.

Santa Rosa se caracteriza por ter atividades de formação contínua por meio do NEP que tem forte vínculo com Porto Alegre, com ensino e atualização de profissionais que trabalham na área da saúde, sempre temos atividades, como palestras sobre temas de importância médica, planejamento de atividades coordenadas entre as unidades de saúde, há no município educação continuada com reuniões mensais de categoria e reunião de nível técnico.

A UBS conta com uma equipe de trabalho que de acordo com os dados demográficos é suficiente pra atingir nossa população. A composição da equipe atualmente foi completada com a chegada do médico do Programa Mais Médicos do Brasil (PMMB) que iniciou suas atividades em abril de 2014 na UBS sete de setembro vindo da Argentina, formado na Universidade Nacional de La Plata, Buenos Aires. Anteriormente só tinha um médico que realizava atendimento uma ou duas vezes pela semana. Atualmente, a equipe é composta por um médico 32 horas (sendo oito horas para estudo), um odontólogo, uma enfermeira, três técnicas de enfermagem, um auxiliar de consultório dentário, um auxiliar de serviços gerais, oito ACS, uma psicóloga (um turno semanal), nutricionista (um turno quinzenal), uma educadora física, um pessoal de limpeza, todos com 40 horas semanais.

Todas as sextas-feiras realizam-se reuniões de equipe, onde todos participam inclusive o pessoal da limpeza e ACS. Falamos sobre todas as questões da semana de trabalho, mudanças, atendimentos, objetivos pela frente, prioridades, temas a tratar que são previamente agendados. A partir destas reuniões ferramentas importantes são debatidas para serem desenvolvidas na semana seguinte, também discutimos novidades sobre saúde, desenvolvendo feedbacks positivos para fazer o melhor trabalho possível.

Em relação à estrutura física, atualmente contamos com 15 cômodos, entre eles, sala de espera, com aparelho de televisão, ar condicionado, sala de vacinas, sala de procedimentos, recepção/farmácia, cinco consultórios (todos com boa iluminação), um microcomputador conectado com a fundação municipal de saúde (temos tudo informatizado, cadastro de usuários, receita médica, encaminhamentos), depósito, lavanderia, cozinha e dois banheiros.

Quanto às limitações do local é importante ressaltar que entre o ano 2015 e 2016 nossa UBS vai ter importantes reformas de infraestrutura. No momento algumas limitações são bastante visíveis como, não ter um banheiro para pessoas com alguma dificuldade física, não temos um lugar exclusivo para abrigo do lixo, seja este de material hospitalar ou de outro tipo. O serviço de farmácia fica junto com a recepção e o espaço para armazenamento de prontuários compartilha mesmo espaço físico que farmácia.

Em relação ao engajamento da equipe a predisposição dos profissionais para desenvolver as diferentes atividades diárias teve muitos problemas com a aceitação da equipe em relação ao meu trabalho, gerou um pouco mais de atenção e

envolvimento de cada um da equipe a qual não estava aberta a realizar. Felizmente não tem excesso de demanda espontânea e contamos com material e pessoal capacitado para realizar os atendimentos. É difícil algum usuário ficar sem atendimento médico, talvez algumas limitações como das pessoas idosas e que moram sozinhas, não conseguem chegar até a unidade de saúde, pelo fato da distância da unidade até suas casas. Este problema já está sendo solucionado, onde um carro disponibilizado pela Fundação Municipal de Saúde está sendo providenciado.

Em relação à população da área adstrita aqui na vila sete tem-se um total de 2.425 habitantes que moram na área rural, ou seja, em nossa área trabalho, de acordo com o caderno de ações programáticas do curso tem-se a seguinte distribuição:

Figura 1: Distribuição da população da área, por sexo e faixa etária.

Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	753
Mulheres entre 25 e 64 anos	669
Mulheres entre 50 e 69 anos	251
Gestantes na área - 1,5% da população total	36.375
Menores de 1 ano	29,*
Menores de 5 anos	58
Pessoas de 5 a 14 anos	359
Pessoas de 15 a 59 anos	1588
Pessoas com 60 anos ou mais	330
Pessoas entre 20 e 59 anos	1389
Pessoas com 20 anos ou mais	1719
Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão	541
Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes	155

* em nossa realidade temos 15 crianças menores de um ano.

Fonte: caderno de ações programáticas UNASUS/UFPel

Em nossa realidade temos um número adequado de habitantes (2.425) para o tamanho da equipe de saúde. Também não temos excesso de demanda espontânea, e não temos dificuldade no acolhimento.

Nesse contexto, o ato de receber e escutar as pessoas, sabemos que se pode atuar de diferentes formas, dependendo da circunstância e tipo de doença. Assim, podendo fornecer os cuidados necessários de acordo às necessidades de

nossos usuários, obviamente que para poder fornecer o atendimento necessário temos que fazer uma escuta personalizada e atenta. Sabemos também que esse acolhimento é realizado pela equipe de saúde com participação do médico, enfermagem, técnico em enfermagem e se for possível com ajuda da psicóloga.

Em relação à saúde da criança no momento há 15 crianças menores de um ano, todas elas residentes dentro da área de cobertura, a verdade aqui não existe a demanda de outro pessoal que seja fora da área programática, talvez seja assim pela grande distância que se deve percorrer para chegar até a unidade.

Temos uma cobertura de 52% (com atendimento médico de acordo com dados do caderno de ações programáticas) todas as crianças estão com consultas em dia (100% delas) de acordo com o protocolo da FUMSSAR do ano 2008.

Todas as crianças realizaram o teste do pezinho e suplementação de sulfato ferroso, também falamos com os pais sobre a importância de fazer os controles das crianças de forma contínua.

Realiza -se atividades todos os dias da semana participando o enfermeiro, médico geral ou de família e técnica em enfermagem. Nosso atendimento está dirigido tanto para problemas de saúde agudos como consulta diária, outras atividades desenvolvidas são: diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, problemas de saúde bucal, de saúde mental, programa bolsa família e sistema de vigilância alimentar nutricional (SISVAN), todos eles são desenvolvidos pelo MS. Estamos em dia com o calendário de vacinação, sempre temos uma conversa sobre alimentação saudável, seja quando a criança apresenta sobrepeso ou obesidade ou quando esteja com baixo peso, onde alertamos sobre a importância da alimentação saudável. Orienta-se também sobre o aleitamento materno exclusivo como prioridade e realizamos acompanhamento para tirar quaisquer dúvidas de nossas mães.

Sempre na consulta solicitamos a caderneta de saúde da criança, esta é preenchida pelos profissionais da saúde, todas as informações fornecidas pela caderneta são explicadas ao pessoal que trouxe a criança à consulta como o que significa as curvas de crescimento, falamos sobre o que é desenvolvimento neuro psicomotor, etc. Contudo, não contamos com arquivo específico para os registros dos atendimentos.

Todos os temas desenvolvidos na UBS são discutidos na reunião de equipe todas as sextas-feiras, naturalmente os temas de saúde da criança não escapam de

nossa realidade, nessas reuniões contamos com a participação dos técnicos de enfermagem, enfermeira, psicóloga, odontólogo, coordenador, ACS, técnico auxiliar de consultório dentário e médico, assim nossa equipe está fortemente envolvida na questão de saúde da criança. Pelo momento tenho que fazer menção de que aqui não tem nenhum profissional que se dedique à avaliação e monitoramento dos diferentes programas.

Em nossa unidade não existe problemas com o excesso de atendimentos de demanda espontânea neste grupo etário, nossa população é composta em sua grande maioria por pessoal idoso, para fazer as consultas e outra atividade contamos com protocolos de atendimento tanto para HAS e/ou DM, gestantes, idosos e crianças, todos elaborados pela gestão de saúde FUMSSAR publicado em 2008, atualmente estão sendo atualizados.

No que diz respeito às ações de atenção à gestante temos um total de sete (19%) usuárias, uma vez que os dados presentes no caderno de ações programáticas não coincidem com nossa realidade, onde o caderno estima 36 gestantes residentes na área de abrangência da unidade.

Realizamos atendimento todos os dias para as gestantes, todas têm feitas as consultas em dia de acordo com calendário do MS , sempre solicitamos na 1ª consulta os exames laboratoriais, também são fornecidas todas as vacinas, inclusive BCG e hepatite B aplicadas na maternidade nas primeiras horas de vida do RN (recém nascido). Todas as nossas gestantes tem suplementação de sulfato ferroso de acordo à situação particular de cada uma delas, exame ginecológico em dia, assim como, avaliação de saúde bucal e orientação para aleitamento materno exclusivo que é feito com rigorosidade em nossa unidade.

Toda gestante é atendida e acolhida pelo pessoal de enfermagem, médico geral ou de saúde da família e técnico de enfermagem. As consultas para problemas de saúde agudos são realizadas todos os dias, não temos excesso de demanda das gestantes e nem problemas de saúde agudos no momento.

Utilizamos o protocolo desenvolvido pela gestão de saúde FUMSSAR do ano 2008 no atendimento ao pré-natal e puerpério, o mesmo é utilizado pelo médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, são desenvolvidas diferentes cuidados para garantir um bom atendimento das gestantes. Este protocolo fornecido pela FUMSSAR foi desenvolvido por uma equipe de profissionais que coordenam a fundação o qual foi feito no ano de 2008, atualmente está sendo revisado/atualizado.

Em nossa UBS não utilizamos o protocolo do MS no atendimento ao pré-natal e puerpério.

Sempre que fazemos atendimento registra-se na ficha das vacinas, ficha de atendimento odontológico, formulário do pré-natal, etc., tudo vai depender do tipo de consulta de nossas usuárias.

Aqui na unidade tem em vigência o sistema, sistema de acompanhamento de humanização no pré-natal e nascimento (SISPRENATAL), sendo responsável pelo cadastramento o enfermeiro, se bem que todos os profissionais sabem preencher o mesmo.

Sempre é prática de rotina fazer atualização do cartão de pré-natal falando com nossos usuários sobre os dados ali fornecidos e seu significado, lembrando sempre a eles sobre os cuidados necessários dessa etapa da vida da mulher e da criança, (orientamos sobre vacinas, saúde bucal, damos dicas sobre alimentação, aleitamento materno, sobre os medicamentos prescritos na gravidez, anticoncepção pós-parto, cuidados do recém-nascido, risco do tabagismo, ingestão de álcool, planejamento familiar).

Não contamos com arquivo específico para o registro de atendimentos de gestantes, tampouco temos grupos de gestantes, voltamos a refletir que todas as ações no posto são desenvolvidas, planejadas, coordenadas nas reuniões de equipe, todas as sextas férias. Naturalmente apresentam-se questões importantes fora dessas reuniões que também são discutidas a qualquer dia e hora durante nossas atividades diárias.

Orientamos os adolescentes sobre os métodos anticoncepcionais, sobre a importância de fazer sempre que seja possível uma gravidez planejada. Para um bom desenvolvimento de nosso trabalho fazemos o acolhimento falando junto com a enfermeira, estabelecendo quais de nossas gestantes precisam de uma avaliação pelo obstetra ou outro especialista, contamos sempre com a possibilidade de ter uma boa comunicação com outros profissionais como a nutricionista, psicóloga e pediatria, tudo em favor de um ótimo atendimento.

Também quero deixar bem claro que não temos dificuldades no atendimento a este grupo, também não há excesso de demanda espontânea, não tem problema algum no atendimento diário e há um bom engajamento.

O número estimado de partos nos últimos 12 meses foi de 3% (um), valor extremamente baixo, onde o caderno de ações programáticas estima 29 mulheres

que realizaram partos nos últimos 12 meses. Com certeza o registro da unidade está desatualizado, pois não temos um acompanhamento e registro adequado para esta ação prioritária. Aqui na UBS o atendimento as puérperas é feito pela enfermagem no quinto dia pós-parto, quando a criança realiza o teste do pezinho, depois é feito agendamento médico com dez dias pós-parto onde se reforça as orientações de alimentação, amamentação, cuidado, higiene e anticoncepção pós-parto.

Dentro das atividades desenvolvidas no que diz respeito à prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama aqui lembramos sobre a importância de fazer autoexame mamário, nossas usuárias (a maioria delas) possuem em dia a coleta/preventivo de câncer.

Fazemos orientações como palestras sobre a prevenção de câncer, informações sobre o Instituto Nacional do Câncer (INCA), também orientamos sobre uso de preservativo, falamos sobre a importância de levar uma boa alimentação, prática de esportes, controle do peso, limitarem a ingestão de bebidas alcoólicas, não fumar, etc. Todas nossas atividades são planejadas na reunião de equipe, com participação do médico, enfermagem, técnica em enfermagem, ACS, odontólogo, psicólogo, técnico auxiliar de consultório dentário. Estas atividades são planejadas todas as sextas-feiras para a próxima semana, justamente agora estamos presenteando as nossas usuárias com um lenço rosa que simboliza a importância de fazer o preventivo.

Temos um total estimado de 669 mulheres entre 25 a 64 anos, (de acordo com o caderno de ações programáticas) e temos um total de 620 mulheres acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de colo de útero, ou seja, uma cobertura de 93%. Existe um número de 22 mulheres com exame citopatológico (CP) de colo de útero com mais de 6 meses de atraso, mas estamos realizando a busca de faltosas. Nos últimos 3 anos tivemos um total de 4 mulheres com CP alterado, em nossa unidade não temos casos de mulheres que não sabem quando realizar o exame, todas são orientadas por algum profissional ou ACS que visita as nossas usuárias "faltosas". Essa é uma de nossas estratégias para recuperar o seguimento das possíveis usuárias faltosas. No que diz respeito ao preventivo de câncer de útero é feito todos os dias, em todos os turnos este procedimento que é realizado pela enfermagem. Para nossa prática diária utilizamos um protocolo desenvolvido pela gestão de saúde FUMSSAR, baseado em normas do instituto

nacional do câncer e protocolo do MS do ano de 2010 é utilizado pela enfermeira e médico.

Outro tema abordado é câncer de mama, temos um total de 242 mulheres acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de mama e uma cobertura de 96%. Temos um total de 100% de mulheres cadastradas com mamografia em dia e realizam-se rastreamentos de câncer de mama todos os dias da semana, em todos os turnos, este rastreamento é feito pelo médico e enfermeiro. Toda consulta é aproveitada para verificar a necessidade de realizar ações de rastreamento, e também utilizamos o protocolo da gestão de saúde FUMSSAR (2008) para esta ação prioritária.

Nos últimos três anos foram detectadas 8 mulheres com mamografia alterada e todas elas tiveram acompanhamento de acordo com os protocolos. Todos os registros relativos ao controle de câncer de mama e controle do câncer de colo de útero estão no livro de registro, também temos os dados no prontuário clínico. Temos um arquivo específico para guardar os dados das mamografias, este arquivo é revisado pela enfermeira, anualmente.

Em relação à atenção aos usuários HAS e DM, temos um total de 404 usuários HAS acompanhados na UBS, sendo 75% de cobertura (de acordo com caderno de ações programáticas), a maioria de nossos usuários estão em dia com os exames complementares. Em relação aos usuários com DM temos um total de 58 usuários acompanhados na UBS, o que representa um total de 37% de cobertura, 17 deles utilizam insulina, todos tem em dia o exame físico dos pés, teste de sensibilidade, palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso.

Tanto HAS quanto DM têm-se realizado estratificação de risco cardiovascular (é utilizado score Framingham), realizamos atendimento todos os dias e em todos os turnos, temos em dia a biometria de todos os usuários, controle do peso, altura, IMC (índice de massa corporal), perímetro da cintura, avaliação do estado nutricional, orientamos sob a importância de fazer atividade física, realizamos ações sob orientação dos malefícios do consumo de álcool e tabagismo. Depois da primeira consulta sempre agendamos a próxima, orientando sobre alimentação saudável, prática de exercício físico, controle ambulatorial da PA (pressão arterial), se assim for necessário, ensinamos nossos usuários a reconhecer os sintomas das possíveis complicações da HAS e como reconhecer os sintomas da hipoglicemia.

Entre outras atividades fazemos imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, atendimentos de problemas de saúde bucal, também tratamento de obesidade, todas estas ações são desenvolvidas pelo médico, enfermeira, técnica de enfermagem, juntamente com a participação da nutricionista e odontologista. Nossa equipe de trabalho realiza reuniões todas as sextas-feiras para desenvolver atividades de planejamento, coordenação, etc., cada membro da equipe leva algum tema de importância da semana.

Dentro as dificuldades que tem aqui é que grande maioria de nossa população não faz acompanhamento dos tratamentos e dicas higiênico dietéticas, de fato aqui na vila Sete uns dos problemas maiores são doenças crônicas não transmissíveis. Temos grupos de HAS e DM, infelizmente muitas das dicas/recomendações baseadas nas normas do protocolo do Ministério da Saúde (2013) são deixadas de lado frequentemente pela população, naturalmente os usuários vão e voltam dos tratamentos e as complicações aparecem isto acarreta dificuldades econômicas, humanas e familiares.

Em relação à saúde dos idosos temos um total de 330 pessoas idosas maiores de 60 anos, todas (100%) estão sendo acompanhados na UBS, temos um total de 230 (70%) usuários HAS e 42 (13%) apresentam DM, 100% dos atendimentos possuem orientação sobre prática de atividade física regular, dicas dietéticas e 38% possuem avaliação odontológica em dia. Aqui no posto realizamos atendimento todos os dias da semana, em todos os turnos, em todos os casos aproveitamos cada consulta pra falar sob as dicas dietéticas, orientamos sob a realização de atividade física regular.

Outras tarefas desenvolvidas aqui na UBS é realização de imunizações, promoção da saúde bucal diagnosticada, tratamento da obesidade e sempre se explicaram ao idoso e a seus familiares como reconhecer os sinais e sintomas relacionados aos problemas de saúde, como HAS, DM e depressão.

Nesse atendimento participa o médico clínico geral ou de família, enfermeiro e técnico em enfermagem. Depois da primeira consulta sempre agendamos a próxima consulta, além das consultas programadas, sempre fazemos atendimentos de problemas de saúde agudos, no momento não tem excesso de demanda no atendimento ao idoso. Contamos com o protocolo desenvolvido pela gestão de Saúde FUMSSAR (2008), atualmente o mesmo está sendo atualizado e o protocolo do MS (2013), estes são utilizados pelo profissional médico de família ou clínico

geral, enfermeiro e técnico em enfermagem. Todos nossos atendimentos são registrados nos prontuários médicos, ficha de atendimento odontológico e ficha espelho de vacinas.

Sempre avaliamos a capacidade funcional global do pessoal idosa, aqui a grande maioria deles consegue ter autonomia, também são realizadas atividades de cuidado domiciliar para atendimento das pessoas idosas e de outras faixas etárias, também participam destas ações o médico da UBS, técnico em enfermagem, enfermeira e as ACS. Sempre as sextas-feiras realiza-se reunião da equipe onde desenvolvemos os diferentes temas relacionados à saúde do idoso. Não temos caderneta de saúde da pessoa idosa, somente alguns têm caderneta e que a mesma não está sendo preenchida.

Sabendo que é muito importante o atendimento das pessoas idosas, e que nossa população é principalmente composta por pessoas idosas, na grande maioria deles apresentam queixas principalmente de doenças crônicas não transmissíveis, como DM e HAS. Nossa preocupação é que a maioria deles não tem ideia destas doenças, o desconhecimento sob as mesmas é total, isto é muito evidenciado na conversa diária tanto com os familiares como com os usuários, sendo habitual que os tratamentos não sejam acompanhados por medidas higiênico dietéticas e os usuários acreditam que fazer exames ou solicitar encaminhamentos ao especialista não é necessário. A maioria acredita que tomar a medicação é suficiente para manter a saúde do corpo e da mente.

Dentre os maiores desafios pela frente o principal é conseguir que a população seja mais consciente dos autocuidados, de que a saúde é um bem precioso e que a medicina às vezes não cura, somente trata as doenças e que fazer exames de controle a cada três meses não é garantia de ganhar saúde. Precisamos terminar com essa ideia de que só com a medicação está tudo certo. É necessário acompanhar com medidas higiênico dietéticas e deixar claro que o médico não é o único responsável pela saúde da população, onde somos somente atores passivos no que diz respeito aos cuidados de saúde. O melhor recurso que temos é nossa equipe de trabalho e toda a infraestrutura necessária para conseguir um bom e ótimo serviço à população, francamente aqui em Santa Rosa as coisas funcionam muito bem.

Na UBS temos atendimento odontológico 40 horas semanais, contamos com um dentista que está em turno integral na unidade para avaliar os usuários da

demanda espontânea e programada. Quando os profissionais da UBS detectam alterações bucais em seus usuários os mesmos são encaminhados para acompanhamento com o profissional e recebem orientações sobre os cuidados e higiene bucal. Também se for necessário algum tratamento fora da unidade, como próteses dentárias, tratamento de canal e outros serviços, temos contato com profissionais conveniados com a fundação municipal de saúde. O odontólogo realiza o programa de atenção à saúde bucal de escolares onde são atendidas mais de 400 crianças em idade escolar.

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

Este relatório naturalmente foi muito mais completo do que aquele elaborado inicialmente, naquele momento em que nós tomamos contato com a realidade da unidade não tínhamos as ferramentas para olhar as deficiências, os detalhes e as diferentes realidades evidenciadas nos comentários dos fóruns de Saúde Coletiva e Clínica. O relatório da análise situacional ajudou a ter um olhar mais real e muitas coisas descritas naquele relatório inicial passaram despercebidas da nossa situação atual.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Um dos graves problemas de saúde pública no mundo está a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM). A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial – PA (PA \geq 140 x 90 mmhg) e associa-se a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, cérebro, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais, Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC, 2010). Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SBC, 2010).

Outro grande problema de saúde pública mundial é a DM, que de acordo com a Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia (SBEM, 2014) é uma doença caracterizada pela elevação da glicose no sangue (hiperglicemia). Pode ocorrer em virtude de defeitos na secreção ou na ação do hormônio insulina, cuja principal função é promover a entrada de glicose para as células do organismo, de forma que ela possa ser aproveitada para as diversas atividades celulares. A falta da insulina ou um defeito na sua ação resulta em acúmulo de glicose no sangue, chamado de hiperglicemia. Minha escolha tem como alvo melhorar a qualidade de vida desses evitando complicações por causa destas doenças, conforme o protocolo do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

A atenção aos usuários HAS e DM é muito importante, onde atinge grande parte de nossa população, tendo em conta que a mesma está composta fundamentalmente por pessoas idosas e a maioria possui desconhecimento sobre as doenças crônicas não transmissíveis. Infelizmente ainda existem pessoas que

acreditam que esse tipo de doença não mata, ou em muitos casos deixas sequelas irreversíveis, gerando então importantes custos na saúde pública, custos pessoais e familiares. Regularmente em nossas VD atendemos usuários acamados com necessidade de cuidados permanentes e que obviamente já possuem desenvolvidas todo tipo de complicações. Nosso projeto está focado na melhora da atenção aos usuários com HAS e/ou DM, queremos sistematizar esse atendimento na UBS tomando como foco os protocolos fornecidos pelo MS, padronizando as rotinas de atendimentos, conscientizando nossa população sobre o desenvolvimento das medidas higiênico/dietéticas, também pretendemos conseguir 100% dos usuários com avaliação de risco cardiovascular e ter um melhor registro de nossas atividades desenvolvidas. Também vamos trabalhar para melhorar o sistema informático da UBS.

Estamos desenvolvendo atividades de promoção em saúde, como: importância de ter controle do peso, estimular à cessação do tabagismo, ingestão excessiva de álcool, a importância de fazer atividade física, cálculo do IMC, perímetro da cintura, avaliação de estado nutricional, estimulamos a participação da educadora física convocando o povo pra fazer ginástica, palestras com temas de interessantes e outras atividades para alertar os usuários sobre as medidas higiênico-dietéticas.

A educação é a única ferramenta que realmente vai mudar o perfil dos usuários de nossa UBS. Toda a equipe está pronta para trabalhar e desenvolver maior atenção sobre estas doenças. Ainda assistimos a usuários que apresentam complicações com dano de órgão alvo, amputações e insuficiência renal crônica com necessidade de diálises, também sequelas de IAM (infarto agudo do miocárdio), AVC (acidente vascular cerebral) e usuários acamados. Dentro das principais dificuldades está a falta de conhecimento da população, pois para muitos parece ser uma coisa sem importância.

Seria muito mais fácil conseguir mudanças com o povo, fazer com que tenham mais conhecimento e educação em saúde. As grandes distâncias também afetam nosso serviço e muitos idosos moram sozinhos, não dirigem e muitas vezes não tem como chegar até a UBS. Temos uma grande dificuldade para fazer exame de alta complexidade, muitas vezes é preciso esperar até 30 dias e em alguns casos pode demorar até um ano ou mais, como acontece com alguns exames e consulta com algumas especialidades como cardiologia, endocrinologia.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM da UBS Sete de Setembro, no município de Santa Rosa/RS.

2.2.2 Objetivos específicos

- 1- Ampliar a cobertura dos usuários com HAS e/ou DM ;
- 2- Melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS e/ou DM ;
- 3- Melhorar a adesão dos usuários com HAS e/ou DM ao programa;
- 4- Melhorar o registro das informações;
- 5- Mapear usuários com DM e/ou HAS de risco para doença cardiovascular;
- 6- Promover a saúde dos usuários com HAS e/ou HAS.

2.2.3 Metas

Relativa ao objetivo 1: Ampliar a cobertura dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

1.1- Cadastrar 90% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à diabetes Mellitus da UBS.

1.2- Cadastrar 50% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

2.1- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com diabetes.

2.2- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com hipertensão.

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

2.4- Garantir a 100% dos usuários com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

2.5- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

2.6- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

2.7- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

2.8- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 3: Melhorar a adesão dos usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

3.1- Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

3.2- Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Relativa ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

4.1- Manter ficha de acompanhamento de 100 % dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

4.2- Manter ficha de acompanhamento de 100 % dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 5: Mapear usuários com diabetes e/ou hipertensão de risco para doença cardiovascular.

5.1- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100 % dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

5.2- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100 % dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Relativa ao objetivo 6: Promover a saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

6.1- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com hipertensão.

6.2- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com diabetes.

6.3- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com hipertensão.

6.4- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com diabetes.

6.5- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com hipertensão.

6.6- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com diabetes.

6.7- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com hipertensão.

6.8- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com diabetes.

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Sete de Setembro, no Município de Santa Rosa/RS. Participarão da intervenção todos os usuários com HAS e/ou DM.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura da população diabética e hipertensa na área.

Meta 1.1- Cadastrar 90% dos hipertensos e 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à diabetes Mellitus da UBS.

Monitoramento e Avaliação

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

Detalhamento: Fazer a pesquisa/acolhimento na UBS com a participação integral da equipe, técnico de enfermagem, enfermagem, odontólogo, médico, juntamente com a participação dos ACS para a divulgação do programa desenvolvido na UBS destinado para atendimento de usuários com HAS e / ou DM.

Organização e Gestão do Serviço

Ações:

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.
- Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: o registro será realizado pelo médico, enfermeira e técnicos em enfermagem. Capacitação será realizada pelo médico e enfermeira para os técnicos em enfermagem para garantir o acolhimento, verificação da pressão arterial e hemoglicoteste. Será garantido esfigmomanômetros, manguitos e fita métrica na unidade de saúde, assim como, a manutenção das balanças que é feita pela fumssar.

Engajamento Público

Ações:

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

Detalhamento: Será realizado em cada consulta pelo médico as orientações aos usuários sob a existência do programa de atenção à HAS e DM. Através dos grupos de HAS e DM serão informados sobre a importância do controle da pressão arterial, exames laboratoriais, controle da glicose, peso, importância de fazer caminhada regular, incentivar sobre as mudanças de hábitos culinários saudáveis com a participação da nutricionista.

Qualificação da Prática Clínica

Ações:

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

Detalhamento: Os ACS serão capacitados na primeira semana de intervenção pelo médico e enfermeira sobre as visitas domiciliares. Os ACS comunicaram à comunidade principalmente, usuários HAS e DM, para fazer o cadastramento da população, comunicando sobre a existência do programa. As técnicas de enfermagem serão capacitadas pelo médico e enfermeira para realizar o controle adequado da pressão arterial, antropometria e controle de glicose.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade de atenção ao diabético e hipertenso em nossa UBS.

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

Meta 2.2. Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 2.3. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.4. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e Avaliação

Ações:

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.
- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: o médico será responsável pelo monitoramento clínico de usuários HAS e DM, por estabelecer e agilizar os exames para este grupo de usuários com agendamento no laboratório que será feito pela técnica de enfermagem, contar com lista dos medicamentos da farmácia popular, preencher e manter em dia o cadastro de medicamentos e manter comunicação diária com odontologista para avaliação de usuários participantes do programa.

Organização e Gestão do Serviço

Ações:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.
 - Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
 - Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.
 - Garantir a solicitação dos exames complementares.
 - Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.
 - Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Conversa com os profissionais na reunião da equipe sobre estabelecimento dos protocolos como ferramenta única para um bom atendimento. Definiremos as atribuições do técnico de enfermagem para controle da pressão arterial e hemoglicoteste, estabeleceremos com os profissionais nutricionistas e educadora física para orientar os usuários sobre promoção e educação em saúde. Será realizada nas consultas médicas, iniciando pelo técnico de enfermagem verificando os sinais dos usuários e anotando na ficha de espelho, durante as consultas serão realizadas as demais avaliações.

Engajamento público

Ações:

- Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a

importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

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

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

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Durante as intervenções (palestras e visitas domiciliares) e nas consultas diárias serão realizadas conversas informais com os usuários sobre cuidados com os pés, importância de exames complementares, direito de ter medicamentos da farmácia popular, avaliação periódica dos pulsos, testes de sensibilidade, sinais de alarme realizado pelo médico, no atendimento individual e com odontologista para cuidar da saúde bucal.

Qualificação da prática clínica

Ações:

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

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

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

Detalhamento: Realizaremos capacitações nas reuniões de equipe semanais pelo profissional médico, com orientações sobre a realização de exame clínico de forma apropriada, avaliação conjunta com técnico de enfermagem de acordo com protocolo do MS, conversa com odontólogo e equipe para detectar usuários com necessidade de avaliação odontológica.

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

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

Monitoramento e avaliação

Ações:

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

Detalhamento: Será realizada revisão periódica dos prontuários para verificar as consultas previstas de acordo com protocolo, a equipe se envolverá na busca de faltosos, orientando sobre a importância do acompanhamento das doenças crônicas em usuários com HAS e/ou DM.

Organização e gestão dos serviços

Ações:

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

Detalhamento: Insistir em cada visita domiciliar sobre a importância de ter em dia as consultas e juntamente com a equipe e ACS buscar os usuários faltosos. As visitas serão realizadas semanalmente pelos ACS e a agenda será organizada pela atendente de marcação.

Engajamento público

Ações:

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

Detalhamento: Conversas com a população/reuniões nas últimas quartas-feiras de cada mês para informar sobre a importância da realização das consultas, estratégias para não ocorrer evasão e sobre a importância da periodicidade das

consultas. Disponibilizar material de leitura, folders, etc. sobre o reconhecimento de sinais de alarme/alerta para todos os usuários portadores destas doenças.

Qualificação da prática clínica

Ações:

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

Detalhamento: Em cada reunião da equipe aproveitar para escutar/orientar ACS para que durante as visitas domiciliares saibam identificar e orientar usuários HAS e DM a procurar a UBS.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Monitoramento e avaliação

Ações:

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

Detalhamento: Revisão periódica dos registros de acordo com o programa de HAS e DM, esta ação será realizada pela equipe principalmente pelo médico e a técnica de enfermagem. Trabalho será realizado em conjunto com a equipe para controle dos registros, as capacitações serão realizadas semanalmente na reuniões da equipe da UBS

Organização e gestão do serviço

Ações:

- Manter as informações do SIAB atualizadas.
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.
- Pactuar com a equipe o registro das informações.
- Definir responsável pelo monitoramento registros.

Detalhamento: Capacitação do pessoal para alimentação do SIAB mantendo a informação em dia. O coordenador da UBS será responsável pelo monitoramento dos registros.

Engajamento público

Ações:

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via do prontuário, foram realizadas estas orientações nas reuniões da comunidade.

Detalhamento: Aproveitar cada consulta clínica para falar sobre os direitos dos usuários e acesso a segunda via se necessário.

Qualificação da prática clínica

Ações:

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: capacitar nas reuniões de equipe semanalmente sobre o preenchimento dos registros de acompanhamento e dos procedimentos clínicos dos usuários com HAS e DM participantes do programa.

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

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

Monitoramento e avaliação

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

Detalhamento: Verificar nos prontuários dos usuários a avaliação de risco cardiovascular pelo menos uma vez ao ano, esta ação será desenvolvida pelo médico.

Organização e gestão do serviço

Ações:

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

Detalhamento: Agilizar agendamento de usuários HAS e DM avaliados como de alto risco priorizando seu atendimento.

Engajamento público

Ações:

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

Detalhamento: Durante as consultas clínicas o médico irá orientar os usuários quanto à importância do acompanhamento regular. Durante as palestras iremos esclarecer à comunidade e usuários a importância de ter uma alimentação saudável e prática regular de atividade física. A nutricionista irá nos auxiliar nesta tarefa.

Qualificação da prática clínica

Ações:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: a equipe será capacitada pelo médico para detectar usuários com fatores de risco para o desenvolvimento de DM e HAS, se disponibilizará as tabelas de uso internacional para cálculo de risco cardiovascular, a equipe será capacitada pelo médico quanto às estratégias para controle de fatores de risco modificáveis. A equipe será familiarizada pelo médico na reunião de equipe para a utilização do escore de Framingham.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Meta 6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Meta 6.3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Meta 6.4. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e avaliação

Ações

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.
- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos e hipertensos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: Nas consultas o médico fará a confecção de curvas de pressão, tabelas, curvas de controle de peso e glicemia nos prontuários dos usuários. Também vai avaliar a realização de consultas com a nutricionista, se os usuários estão realizando atividade física, e as orientações referidas ao risco de tabagismo, monitoramento será realizado pelo médico. A assistente do odontologista vai monitorar o número de consultas de usuários com HAS e DM participantes no projeto.

Organização e gestão dos serviços

Ações:

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético.
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.
- Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.
- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

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

Detalhamento: Serão disponibilizadas consultas com odontólogo para HAS e DM através de agendamentos prioritários. Serão realizados grupos de ginástica três vezes por semana na comunidade orientada pela educadora física. O gestor garantirá medicamentos para cessar o tabagismo. A nutricionista orientará sobre alimentação saudável e prevenção de doenças.

Engajamento público

Ações:

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.
- Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.
- Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.
- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Serão realizados grupos pela educadora física, para orientar a população sobre a importância das atividades físicas para o controle de HAS e DM. A nutricionista falará sobre a importância da alimentação saudável tanto para prevenção de doenças como no tratamento. O dentista fará orientações sobre problemas bucais ocasionados pelo tabagismo, assim como, o médico realizará orientações sobre todos os fatores de risco que podem desencadear estas doenças.

Qualificação da prática clínica

Ações:

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular.
- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

Detalhamento: Participação da educadora física e médico na reunião da equipe pra orientar sobre a prática regular de exercício físico, sobre metodologias de educação em saúde, alimentação saudável e os malefícios do tabagismo.

2.3.2 Indicadores

Meta 1.1 Cadastrar 90% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Indicador 1.1.1- Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 50% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Indicador 1.2.1- Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na unidade de saúde.

Numerador: Número de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à HAS e/ou DM da unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com diabetes é residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

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

Indicador 2.1.1- Proporção de usuários com diabetes com o exame clínica em dia. Numerador: Número de usuários com diabetes com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

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

Indicador 2.2.1- Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínica em dia.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área cadastrados no programa da unidade de saúde.

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

Indicador 2.3.1- Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia.

Numerador: Número total de usuários com hipertensão com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 2.4.1- Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia.

Numerador: Número total de usuários com diabetes com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 2.5 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Indicador 2.5.1- Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Meta 2.6 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 2.6.1- Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Meta 2.7 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.7.1- Proporção de usuários com hipertensão com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

Meta 2.8 Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.8.1- Proporção de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 3.1.1- Proporção dos usuários com diabetes faltosos às consultas médicas com buscas ativas.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde faltoso às consultas.

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

Indicador 3.2.1- Gráfico indicativo da proporção dos usuários com hipertensão faltosos às consultas médicas com buscas ativas.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 4.1 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1.1- Proporção de usuários com diabetes com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

Meta 4.2 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.2.1- Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 5.1.1- Proporção de usuários com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 5.2.1- Proporção de usuários com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.1.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.2.1 Proporção de usuários com diabetes com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.3.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.4.1- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.5.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.6.1- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.7.1- Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de usuários com diabetes é que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de usuários com diabetes da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

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

Indicador 6.8.1- Proporção de usuários com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão da área e cadastrados no programa na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa HAS e DM, será adotado como base os cadernos de Atenção básica nº 36 e 37 do MS (2013). As ações serão registradas no prontuário médico dos usuários, que serão atualizados periodicamente, contamos também com a ficha espelho fornecida pelo curso, onde são registradas todas as ações desenvolvidas no atendimento, assim como, a coletas de diferentes dados como a pressão arterial, índice de massa corporal (IMC), peso e exames, acompanhamentos e avaliações das diferentes especialidades. A coleta de dados

será realizada por parte do médico, enfermagem, técnico em enfermagem e coordenador da UBS.

Nossa UBS conta com um sistema totalmente informatizado onde se pode acessar e olhar detalhadamente e fazer cópias impressas das ações desenvolvidas durante o atendimento de usuários participantes do programa de atenção à HAS e DM, este sistema permite ser alimentado continuamente.

Para a organização dos registros específicos os técnicos de enfermagem revisarão a ficha dos usuários participantes e que consultarem. Localizar-se-á os prontuários dos usuários e verificará os registros que estiverem completos, atualizados, ou incompletos, sendo responsabilidade do médico manter atualizados os prontuários.

Para o monitoramento e avaliação do programa a logística a ser utilizada será conhecer o número de HAS e/ou DM em nossa área, trabalhando com os ACS na pesquisa de novos usuários, aproveitando as visitas domiciliares para este fim. A divulgação do programa na UBS será desenvolvida através de palestras, visitas domiciliares e conversa com a população.

Em relação à organização e gestão do serviço a logística desenvolvida será contar com registro em dia dos usuários HAS e/ou DM, capacitar o pessoal de enfermagem para fazer um acolhimento adequado dos usuários, contar com material adequado para registro de pressão arterial, controle de glicose e fornecer orientações aos profissionais para a realização de todas as ações a serem desenvolvidas.

Para conseguir a adesão da população a equipe irá informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção à HAS e DM. Também contaremos com apoio dos ACS para buscar os faltosos e realizar as visitas domiciliares. A técnica de enfermagem será responsável pelo acolhimento dos usuários na unidade de saúde. Vamos orientar a comunidade sobre a necessidade de rastreamento de HAS em adultos com pressão arterial maior de 130/80 e acompanhamento nutricional para usuários com predisposição à DM.

Para conseguir qualidade na prática clínica os ACS serão capacitados para o cadastramento de cada visita domiciliar de usuários HAS e DM e a equipe da unidade será capacitada para a verificação correta da pressão arterial e hemoglicoteste.

A equipe já discutiu sobre a intervenção e a definição do foco. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de HAS e DM para que toda a equipe esteja a par e ciente de todas as ações que necessitam ser desenvolvidas. Esta capacitação ocorrerá na UBS, serão realizadas pelo médico e enfermeira nas três primeiras semanas de intervenção, ou seja, uma reunião em cada semana.

O acolhimento dos usuários HAS e DM que buscarem o serviço serão realizados pela enfermagem. Usuários com pressão arterial elevada ou teste de glicemia alterado serão encaminhados para consulta clínica com o médico da unidade de saúde em qualquer dia da semana. Posteriormente serão solicitados exames periódicos e complementares para cada usuário. Se necessário o mesmo é encaminhado para o dentista da UBS, caso seja necessário, após avaliação odontológica a ser realizada pelo médico ou enfermeira da equipe.

O pessoal da UBS (médico, coordenador, tec. de enfermagem) farão controle dos usuários faltosos fazendo as ligações oportunas para recuperação da continuidade dos tratamentos de usuários envolvidos dentro do programa.

A comunidade será informada sobre a importância da realização de consultas para detectar os possíveis portadores de HAS e DM. Iremos alertar sobre as possíveis complicações das doenças crônicas não transmissíveis, através de conversas com a população/reuniões nas últimas quartas-feiras de cada mês, pra tal fim. Disponibilizaremos material de leitura, folhetos e cartazes para alertar sobre o risco destas doenças.

Serão realizadas reuniões com a comunidade onde será apresentado o projeto, ressaltando a importância do controle da pressão arterial e glicemia. A presença da comunidade nos grupos de orientações realizadas pelo médico, pelo odontólogo, pela nutricionista, educadora física e enfermeira será indispensável. Contamos com o apoio da comunidade e ACS para busca constante destes grupos de risco.

Realizaremos o monitoramento através da ACS que farão busca ativa de HAS e DM residentes na área de abrangência da UBS, onde os mesmos serão agendados para consulta médica e para realização de exames clínicos, laboratoriais e orientados. O controle da pressão arterial e hemoglicoteste realizados pela equipe de enfermagem serão repassados para os prontuários clínicos e após para as

planilhas específicas e ficha espelho. O monitoramento de todos os dados será realizado pelo médico através do preenchimento da planilha de coleta de dados.

3 Relatório da Intervenção

O projeto de intervenção foi proposto para ser desenvolvido em 16 semanas, de dezembro de 2014 até março de 2015, no entanto, para conseguirmos finalizar com o calendário acadêmico do curso dentro do prazo, desenvolvemos a intervenção em 12 semanas, que foi desde dezembro de 2014 até fevereiro de 2015.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Foram cadastrados novos usuários portadores de HAS e DM, capacitou-se a equipe da UBS, nas reuniões uma vez por semana, foram desenvolvidas pela equipe multiprofissional orientações sobre as doenças e agravos decorrentes de HAS e DM, para realização do atendimento adequado, tomada da pressão arterial e uso de glicosímetro, para isto fizemos uma pesquisa/acolhimento na UBS com a participação integral da equipe, técnico de enfermagem, enfermagem, odontólogo, médico, juntamente com a participação dos ACS para a divulgação do programa desenvolvido na UBS destinado para atendimento de usuários com HAS e/ou DM. O registro adequado dos usuários foi realizado pelo médico, enfermeira e técnicos em enfermagem. Para a correta verificação da pressão arterial e hemoglicoteste foi disponibilizado/garantido esfigmomanômetros, manguitos e fita métrica na unidade de saúde, assim como, a manutenção das balanças que é feita pela fundação municipal de saúde.

O médico realizou exames clínicos e complementares nos usuários durante consulta médica e foram monitorados pelos prontuários e ficha espelho. Em quanto a qualidade dos registros foi melhorada em forma importante e esta melhora se conseguiu graças a revisão periódica dos registros de acordo com o programa de HAS e DM, esta ação foi realizada pela equipe principalmente pelo médico e a

técnica de enfermagem. Trabalho foi realizado em conjunto com a equipe para controle dos registros sendo o coordenador da UBS responsável pelo monitoramento dos registros. Devo fazer menção que na primeira semana do projeto de intervenção a equipe foi capacitada sobre o preenchimento dos registros de acompanhamento e dos procedimentos clínicos dos usuários com HAS e DM participantes do programa.

Melhoramos a qualidade do atendimento aos usuários HAS e DM e realizamos duas palestras sobre doenças crônicas não transmissíveis na UBS, onde ressaltamos dos riscos cardiovasculares e neurológicos decorrentes da HAS e /ou DM, monitoramos a realização dos exames dos pés nas pessoas com DM, realizamos a coordenação do cuidado para pessoas com DM que necessitem de consulta especializada, monitoramos o acesso aos medicamentos da farmácia popular, realizamos controle de estoque de medicamentos, organizamos VD para buscar os faltosos, e mantemos em dia o cadastro de medicamentos dos usuários com HAS e/ou DM. As informações do e-SUS mantemos atualizadas, implantamos ficha de acompanhamento, o atendimento de pessoas com DM /HAS considerados de alto risco foram priorizadas, orientamos sobre os riscos do tabagismo aos usuários com HAS e /ou DM. Para isto foi realizado em cada consulta pelo médico às orientações aos usuários sobre a existência do programa de atenção à HAS e DM. Através das conversas com a comunidade e os ACS os usuários foram informados sobre a importância do controle da pressão arterial, exames laboratoriais, controle da glicose, peso, importância de fazer caminhada regular, incentivar sobre as mudanças de hábitos culinários saudáveis, sempre com a participação da nutricionista.

Promoveu-se conversas com a nutricionista e odontologista sobre os diferentes cuidados dos usuários portadores destas doenças. Incentivamos também para que fossem difusores da informação recebida pela equipe para a comunidade em geral. Para isto em todas as consultas com a nutricionista, ela monitorou os usuários que estavam realizando atividade física. Outras orientações, com referente ao risco do tabagismo eram realizadas pelo médico. A técnica de saúde bucal monitorou o número de consultas de usuários com HAS e DM participantes na intervenção, organizou a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar atenção à todos os usuários.

Conseguiu-se maior participação dos ACS, muitos deles estão ajudando na captação dos usuários e no seguimento daqueles casos com falta de aderência ao programa. A partir das ACS encontramos a chave para aumentar o interesse da população para que consultem na UBS, as técnicas em enfermagem melhoraram o acolhimento aos usuários, tanto HAS quanto DM e também a pesquisa de usuários que ainda não consultaram na UBS. O protocolo do Ministério da Saúde foi implantado, onde os técnicos em enfermagem, enfermagem e ACS receberam capacitações sobre o mesmo.

Em casos isolados se conseguiu uma redução dos valores de pressão arterial e melhoria nos valores de glicose em jejum. Para isto orientamos à comunidade por médio da participação ativa nas consultas medicas, nas VD e em as duas palestras realizadas sobre a importância do rastreamento dos usuários com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e sobre fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Tendo em conta este ponto foi realizado em cada consulta pelo médico as orientações aos usuários sob a existência do programa de atenção à HAS e DM. Através dos ACS os usuários foram informados sobre a importância do controle da pressão arterial, exames laboratoriais, controle da glicose, peso, importância de fazer caminhada regular, incentivar sobre as mudanças de hábitos culinários saudáveis com a participação da nutricionista.

Para isto capacitamos à equipe da unidade de 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. Os ACS foram capacitados na primeira semana de intervenção pelo médico e enfermeira sobre as visitas domiciliares. Os ACS comunicaram à comunidade principalmente, usuários HAS e DM, para fazer o cadastramento da população, comunicando sobre a existência do programa. As técnicas de enfermagem foram capacitadas pelo médico e enfermeira para realizar o controle adequado da pressão arterial, antropometria e controle de glicose.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Começando com nossas primeiras semanas de intervenção me dei conta que diversos fatores não foram seguidos conforme o cronograma de atividades propostas, como é o caso das férias do pessoal da equipe. Houve grandes desencontros e dificuldades na participação da equipe, falta de diálogo e alguns falavam que estavam sobrecarregados. No início a equipe de trabalho estava passando por certas dificuldades, tipo inter-pessoais, lembro bem que várias vezes refleti sobre as profundas dificuldades que me chamaram a atenção entre os colegas de trabalho, a presença de importantes problemas que afetam o trabalho diário do pessoal, principalmente a fofoca que prejudicou a adesão da equipe aos serviços.

A existência de diferentes subgrupos dentro da equipe onde eu como médico com um olhar diferente fiquei muito preocupado, muitas vezes comentou esta situação com outros colegas de outras regiões do Brasil, em muitos casos eles também falavam de situações parecidas, mas, não com tanta evidência como aqui, com um evidente desmembramento da equipe. Esta situação e com este cenário de uma equipe dividida, com pouca colaboração na elaboração do projeto, começou minha intervenção.

Pelo mencionado anteriormente, por diferentes fatores como as grandes distâncias que nossos usuários precisam viajar até a UBS, pelo tipo de atividades que nossa população realiza onde a grande maioria de nosso povo é agricultor, possuem produção de leite, criação de gado e porco, são atividades que demandam tempo e muitos não vão até a UBS para consultas rotineiras. Isto se traduziu em um número muito menor de consultas e de possíveis participantes no projeto de intervenção, a isto se soma também a questão “cultural” de que se não sinto nada não preciso de médico ou que se eu vou ao médico é porque quero exames ou algum encaminhamento para especialista, ou “muitas vezes eu vou ao médico só para pegar uma receita”.

Dessa maneira um dos principais empecilhos para alcançar a meta de cadastramento de 90% dos usuários com HAS e 50% dos usuários com DM foi à adesão dos mesmos. Mesmo assim, conseguimos melhorar os indicadores de qualidade dos usuários cadastrados em sua grande maioria.

Não foi possível realizar exame dos pés de usuários com DM com monofilamento 10g, garantir agilidade na realização de exames complementares com o gestor municipal. Também não foi possível a realização de grupos de usuários com HAS e DM, devido principalmente a grandes distâncias que devem

percorrer os usuários para chegar até a unidade de saúde. Devo fazer menção que depois de 3 meses de trabalho e de tantas conversas com a população ainda hoje temos vários usuários que não fazem acompanhamento dos tratamentos médicos, medidas higiênico dietéticas e atividade física. Infelizmente a maioria não está fazendo nada do que o médico orienta.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Encontrei importantes dificuldades na coleta de dados já que muitas vezes os indicadores davam alterados ou incompletos. Outro problema foi o tempo, muitas vezes temos um monte de consultas e ir cadastrando os usuários no projeto não foi fácil, digo em respeito das planilhas de coleta de dados que apresentam importante demanda de tempo em sua confecção e isso para mim foi uma dificuldade.

3.4 Viabilidades da incorporação das ações à rotina de serviços

Como já foi mencionado já estão incorporados diferentes aspectos na rotina de trabalho, como um melhor acolhimento, busca de possíveis usuários com doenças crônicas não transmissíveis, melhora na triagem de usuários com estratificação de fatores de risco, tomada correta de sinais vitais, medidas antropométricas, cálculo do IMC, entre outros aspectos.

A partir da intervenção conseguimos ter bem organizado o processo de avaliação e acolhimento desde a recepção até a chegada dos usuários na consulta. Os encaminhamentos, a confecção de receitas, orientações para os usuários, informatização dos cadastros de medicamentos e prontuários digitais, naturalmente tudo isto já é rotina no atendimento diário da UBS. Temos previsto a assistência farmacêutica a chegada dos pacotes contendo parte da medicação fornecida pela FUMSSAR para nossos usuários, juntamente vem, também, as receitas impressas do cadastro digital atualizado pelo médico. Também esta sendo prontamente melhorado o atendimento de usuários idosos, dando prioridade para mais atendimentos diários.

Estamos falando com a equipe nas reuniões de sextas-feiras para a criação de um sistema de agendamentos telefônico com a eliminação da necessidade de espera dos usuários. Também estamos vendo o aumento do número de vagas para

atendimento de pessoas idosas, tendo prioridade no atendimento, assim como, as gestantes e crianças, com eliminação da espera.

Como viabilidade de desenvolver outra ação prioritária no futuro, percebe-se a necessidade de melhorar os serviços para os hipertensos e diabéticos, melhorando o monitoramento das doenças crônicas não transmissíveis, controle da saúde bucal, orientando sobre uma boa alimentação, trabalhando com a orientadora física e a nutricionista. As doenças crônicas não transmissíveis é um dos problemas mais importantes que atinge nossa população.

4.1 Resultados

A intervenção ocorreu no período de dezembro de 2014 a fevereiro de 2015 com a população do programa de atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM residentes na UBS. A unidade possui 2.425 como população total, de acordo com o VIGITEL (2011) a estimativa de pessoas com 20 anos ou mais com HAS é de 369 pessoas e com 20 anos ou mais com DM são de 91 pessoas. Ao final da intervenção foram cadastrados 139 usuários HAS e/ou DM: 122 usuários com HAS e 37 usuários com DM.

No relatório da análise situacional mencionamos que tínhamos cadastrado 404 (75%) usuários HAS e 58 (37%) DM (segundo estimativa do caderno de ações programáticas), vale salientar que neste momento os cadastrados estavam desatualizados e não tínhamos indicadores de qualidade monitorados.

As evoluções dos indicadores de qualidade foram bastante positivas, onde melhoramos consideravelmente a qualidade dos serviços prestados a esta população.

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

Meta 1.1 Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Este objetivo tinha como meta cadastrar 90% dos usuários com HAS que pertenciam à área de abrangência. Ao final da intervenção foram cadastrados 122 usuários com HAS para uma cobertura de 33%: no 01º mês foram 36 (9,8%) usuários, no 02º mês 63 (17,1%) e no 03º mês 122 (33,1%) usuários foram cadastrados. Baixo índice de cobertura se deu pela pouca procura do usuário ao serviço, no tentando conseguiu-se cadastrar um número relativamente muito bom de usuários HAS. O tipo de trabalho da população foi outro fator que impediu uma

maior demanda, a grande maioria faz tarefas rurais que demandam grande esforço e muito tempo, além do baixo nível socioeconômico, são fatores que afetaram no atendimento destes usuários, apesar dos esforços das visitas domiciliares realizadas pelas ACS. Também houve vários dias de excesso de demanda espontânea por imprevistos de afastamento e férias de alguns colegas, como uma técnica de enfermagem, pessoal que faz atendimento na secretaria UBS e duas ACS, dificultando nosso trabalho, entretanto a evolução do indicador foi positiva para nossos serviços (Figura 2).

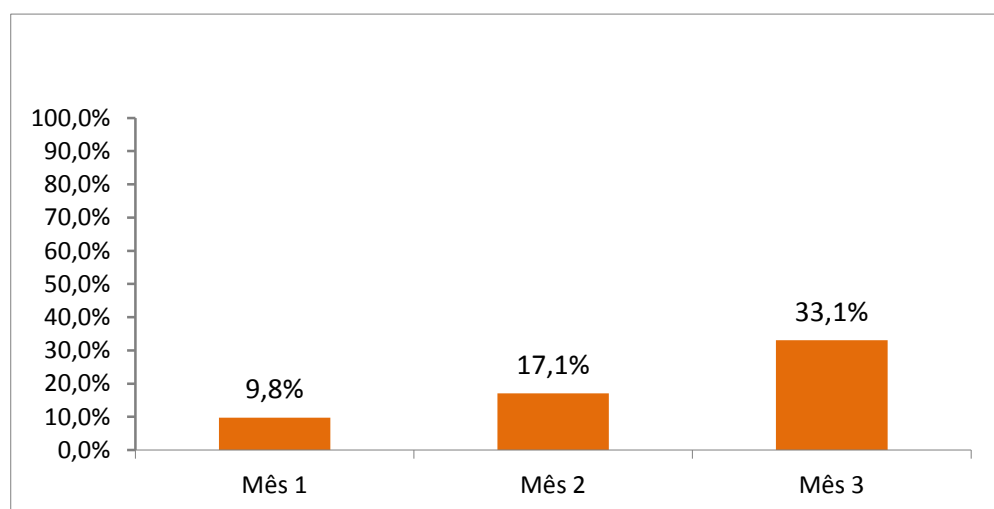


Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa/RS.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 1.2 Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e Diabetes da unidade de saúde.

Para os usuários com diabetes a meta era cadastrar 50% dos usuários que pertenciam à área de abrangência de nossa UBS. Ao final da intervenção foram cadastrados 37 usuários com DM chegando a uma cobertura de 40,7%: no 01º mês foram cadastrados 7 (7,7%) usuários, no 02º mês 13 (14,3%) e no 03º mês foram 37 (40,7%) usuários cadastrados (Figura 2).

A baixa cobertura se deve que a grande maioria dos usuários consulta na rede privada, pois muitos têm plano de saúde ou possuem condições de pagar as consultas particulares, estes vêm até a UBS apenas para solicitar exames ou encaminhamentos. Em outros casos a distância é outro fator que prejudica, pois

alguns usuários precisam percorrer longas distâncias para chegar até a unidade e outros são idosos em sua grande maioria e que dependem de alguém para ser levados até a UBS, também temos aqueles usuários que “acham” que não precisam consultar periodicamente.

Obviamente que nós informamos sempre por meio das ACS sobre a existência do programa, foi realizado uma conversa com o povo informando todas as ações que estamos desenvolvendo na UBS. Ao mesmo tempo toda a equipe está envolvida nas orientações e informações aos usuários e sobre as atividades. Isto é desenvolvido de forma rotineira desde o atendimento inicial pela secretária, passando pela técnica de enfermagem, enfermagem e o médico.

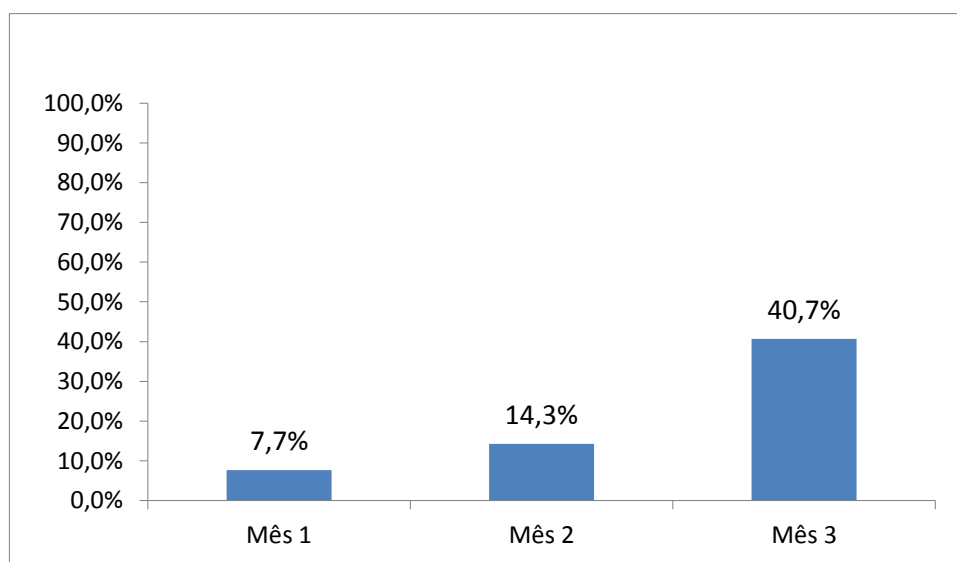


Figura 3- Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa/RS.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

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

Com relação ao objetivo, de melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS e/ou DM a meta era realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários. Ao final da intervenção realizaram-se exame clínico em 105 usuários com HAS atingindo 86% da meta. No 01º mês 27 (75%) usuários estavam com os exames em dia, no 02º mês 46 (73%) e no 03º mês 105 (86%) estavam em dia (Figura 3).

Esta meta não atingiu 100% pelo fato de que alguns profissionais estavam de férias e isso afetou em nosso planejamento, houve também alguns usuários faltosos que foram procurados pelas ACS, mas que não retornaram para realizar o exame clínico apropriado. Participaram ativamente nesta meta a técnica de enfermagem, o médico, a enfermagem e ACS.

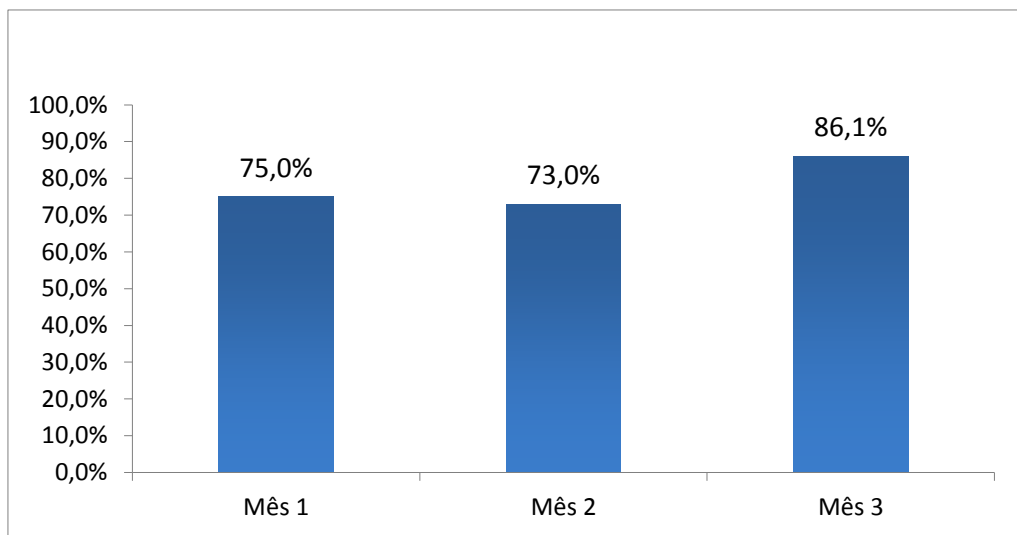


Figura 4 - Proporção de usuários com hipertensão com o exame clínico em dia na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa/RS.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

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

Tínhamos como meta atingir 100% dos usuários com DM com exame clínico apropriado em dia. Ao final da intervenção realizaram-se exames clínicos em dia em 31 usuários com DM: no 01º mês 5 (71%), no 02º mês 6 (46%) e no 03º mês 31 (83,8%) estavam com exames clínicos em dia em dia (Figura 4). As razões de não ter atingido a meta em 100% foram às mesmas citadas acima.

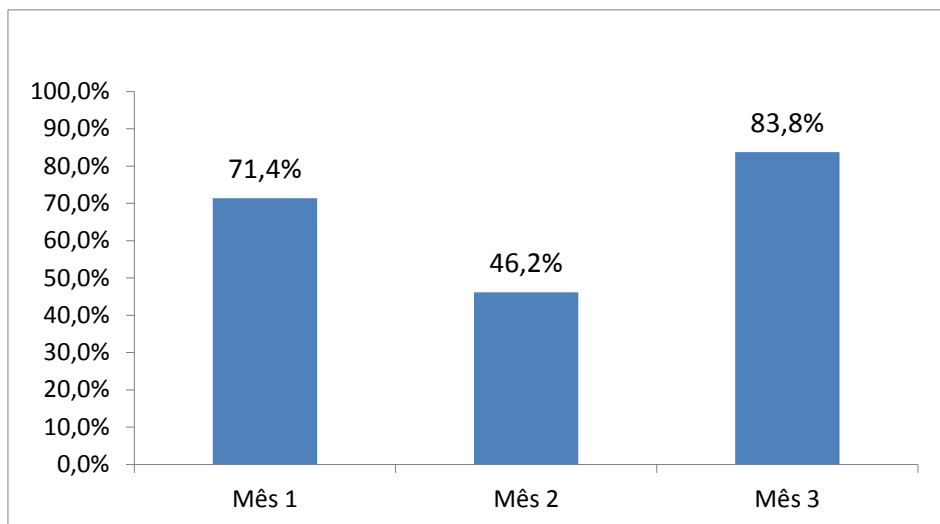


Figura 5– Proporção de diabéticos com exame clínico em dia na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa/RS.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

Com relação aos exames complementares em dia, no 01° mês 26 (72%) usuários estavam em dia, no 02° mês 40 (63%) e no 03° mês 105 (86%) estavam com os exames em dia (Figura 5). Os usuários enfrentaram dificuldades para marcar e conseguir fazer os exames que solicitamos, apresentando dificuldades para conseguir vagas para o agendamento, ou muitas vezes as vagas ficam longe da data em que os usuários consultaram como acontece com o caso das ECG (ecografias). Também aqui o fator da distância, a vila Sete de Setembro fica a 15 km da cidade de Santa Rosa e muitos usuários não tem como se locomover até a cidade onde temos agendamentos que estão esperando a mais de seis meses para fazer os exames.

Também existe demora no tempo que leva para entregar os resultados, outras vezes o sistema informático tem queda e não é possível o agendamento, impossibilitando o trabalho e agilidade da equipe de saúde.

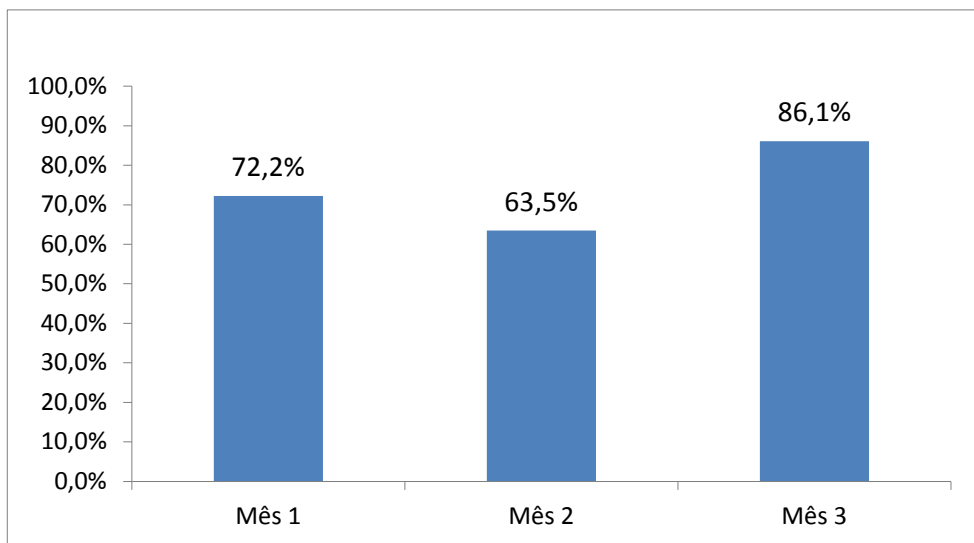


Figura 6 - Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa, RS.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

Para atingir esta meta conseguimos cadastrar no 01º mês 5 (71,4%) usuários, no 02º mês 10 (76,9%) e no 03º mês 31 (83,8%) usuários estavam com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Para atingir esta meta durante a consulta foi revisado pela técnica de enfermagem e o médico quando foi feito a última vez os exames e quais deles estavam faltando. Além de estarmos atentos à este ponto não se conseguiu atingir a meta de 100% pelas mesmas razões ditas para HAS.

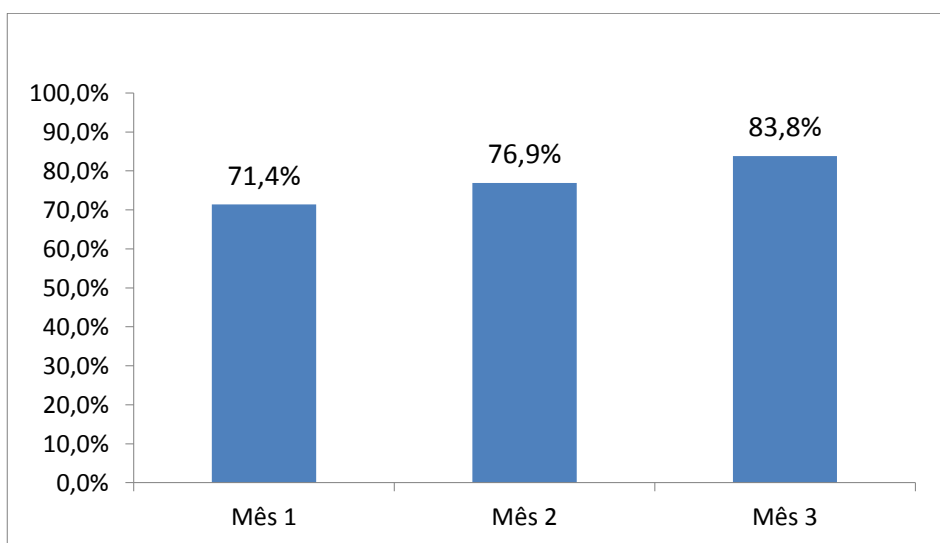


Figura 7 - Proporção de usuários com DM com os exames complementares em dia na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa, RS.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

Em relação a esta meta, todos (100%) os usuários cadastrados durante a intervenção tinham prescrição de medicamentos da farmácia popular, onde foram 36 usuários cadastrados no 01º mês, 63 no 02º e 121 no 03º mês.

Contamos com uma boa quantidade de medicamentos para os usuários tanto HAS como DM. A assistência farmacêutica realizada nas reuniões de equipe foram muito úteis, além de termos a disposição da equipe a listagem de medicamentos fornecidos pelo governo. A partir de agora temos o cadastramento em dia dos medicamentos que recebem cada um dos usuários, de forma tal que quando eles chegam na UBS em seus prontuários já estão registrado os medicamentos de uso contínuo. Também contamos com sistema informático onde consta a medicação de uso contínuo que está recebendo cada usuário, este cadastro é feito pelo médico e a técnica de enfermagem, o médico deve em cada atendimento atualizar prementemente este registro.

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

Os usuários DM cadastrados na unidade de saúde possuíam prescrição de medicamentos da farmácia popular e assim atingimos 100% de cobertura durante os três meses de intervenção. Foram cadastrados 7 usuários no 01º mês, 13 no 02º e 36 no 03º mês. As ações desenvolvidas para esta meta são as mesmas explicadas à acima.

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

Para melhorar a qualidade da atenção dos usuários com HAS e/ou DM a meta era realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS. Ao final da intervenção foram avaliados 118 usuários com HAS alcançando 96,7% de cobertura: no 01º mês foram avaliados 36 (100%)

usuários, no 02º mês 58 (92,1%) e no 03º mês 118 (96,7%) usuários estavam com avaliação da necessidade de atendimento odontológico em dia (Figura 6).

O dentista colaborou com nosso trabalho, já que o restante da equipe esta sobrecarregada para realizar as orientações necessárias e não aderiu ao trabalho proposto. Sendo assim o odontólogo colaborou abrindo novas vagas para atender todos os usuários participantes do programa, além dessa vantagem temos a possibilidade de ter o dentista de segunda à sexta-feira na unidade. Na realidade desde o início de nossa intervenção ele se mostrou interessado em apoiar a intervenção. Diante destes resultados pretende-se continuar com o encaminhamento para o dentista em cada cadastro realizado na UBS.

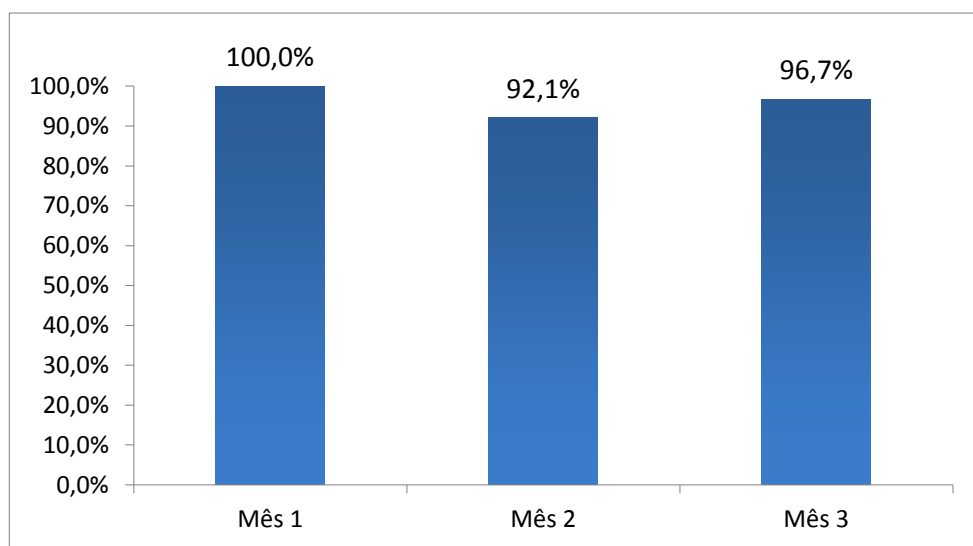


Figura 8- Proporção de usuários com hipertensão com avaliação da necessidade de atendimento odontológico em dia na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa, RS.
Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

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

Em relação ao usuário com DM a meta era realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com DM. Ao final da intervenção foram avaliados 37 usuários com DM atingindo 100% da meta estabelecida: no 01º mês 7 (100%) usuários foram avaliados, no 02º mês 11 (84%) e no 03º mês 37 (100%) receberam avaliação da necessidade de atendimento odontológico (Figura 7).

Para atingir esta meta em cada consulta o médico e as técnicas de enfermagem orientavam aos usuários que devem ter pelo menos uma vez ao ano uma consulta feita com odontologista, para este objetivo contamos com uma boa

colaboração de nosso odontologista, como falei mais acima temos a grande vantagem de contar com vagas suficientes para o atendimento dos usuários participantes no programa, além da boa participação de nosso profissional.

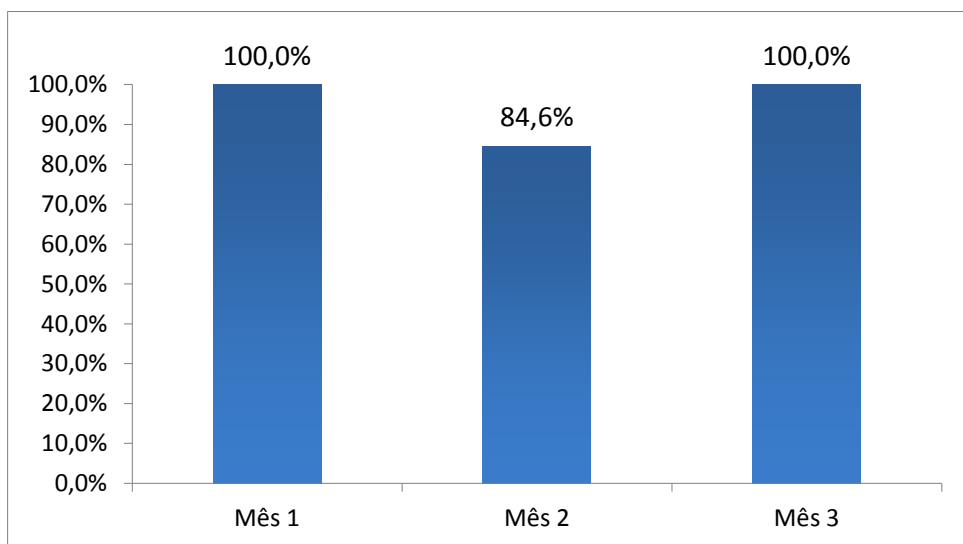


Figura 9- Proporção de usuários com diabetes com avaliação da necessidade de atendimento odontológico dia na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa, RS.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos ao programa.

Meta 3.1: Realizar busca ativa de 100% dos hipertensos faltosos às consultas.

Em relação ao objetivo, melhorar a adesão dos usuários com HAS e/ou DM ao programa a meta era buscar 100% dos usuários com HAS faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Ao final da intervenção tivemos muitos usuários faltosos às consultas: no 01 mês foram 10 (100%) usuários, no 02º mês 23 (95,8%) usuários e no 03º mês foram 38 (95%) usuários com HAS faltosos. Para estes usuários foram realizadas buscas ativas pelos ACS, também foram feitas ligações do posto para os usuários ou seus familiares para que comparecessem nas consultas (Figura 8). Os ACS percorreram os domicílios solicitando para que comparecerem ao serviço, para sanar suas dúvidas sobre a doença ou para fazer uma revisão. A evolução do indicador foi bastante positiva, pois sabemos que antes da intervenção não era realizado busca ativa na UBS.

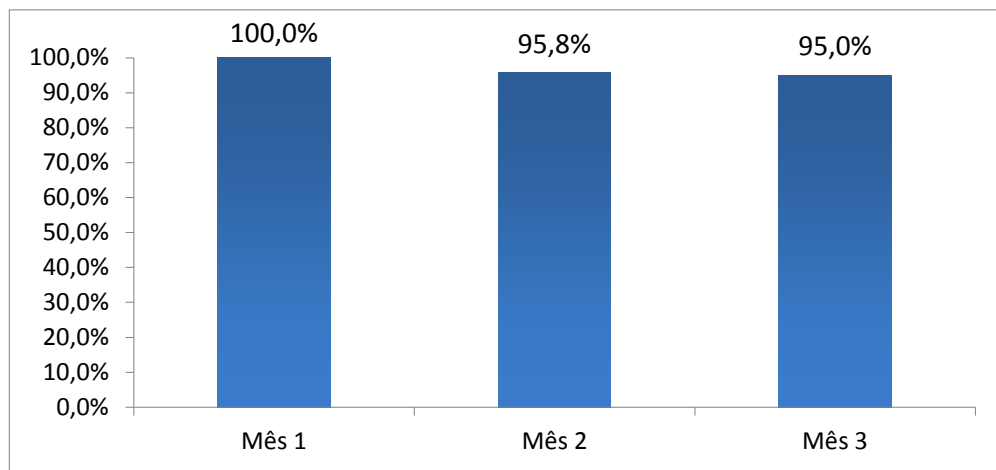


Figura 10 - Proporção dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa, RS.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Meta 3.2: Realizar busca ativa de 100% dos diabéticos faltosos às consultas.

Com o objetivo de melhorar a adesão dos usuários com DM ao programa a meta era buscar 100% dos usuários faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. No 01º mês 2 usuários estavam faltosos as consultas e todos (100%) receberam busca ativa, no 02º mês 7 (85,7%) estavam faltosos e no 03º mês 9 (90%) estavam faltosos às consultas (Figura 9). Alguns usuários têm dificuldades em compreender a importância de fazer o controle em tempo e forma de sua doença, ou simplesmente não acreditam nas possíveis complicações ou as consequências do mau controle de suas doenças. Outros estão longe da unidade e dependem de outros para chegar na UBS, também não posso deixar de falar que a grande maioria mora no interior que possui estradas de chão, alguns não dirigem já que muitos são usuários idosos ou entendem que não há necessidade de consultar.

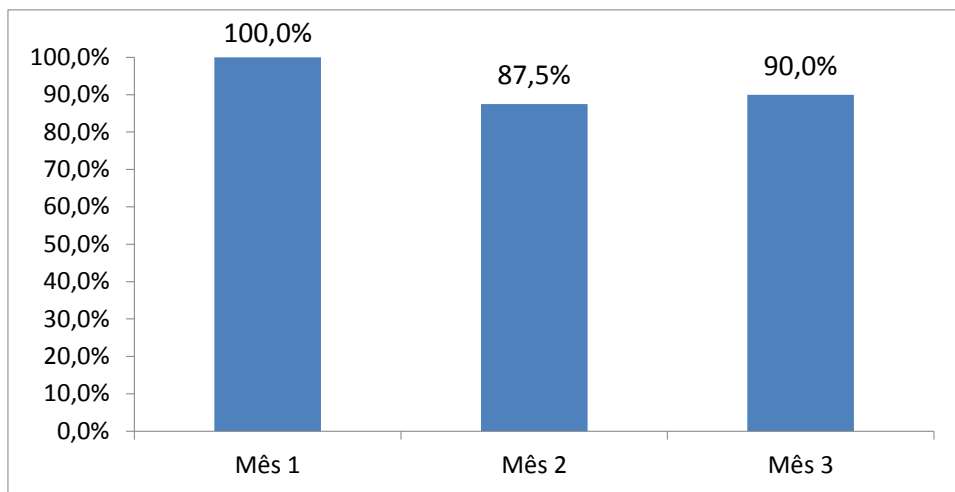


Figura 11- Proporção dos usuários com diabetes faltosos às consultas na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa, RS.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Em relação ao objetivo, melhorar o registro das informações dos usuários com HAS em nossa UBS a meta era manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade. Ao final da intervenção atingiu-se 91% da meta. No 01º mês 34 (94%) usuários foram cadastrados, no 02º mês 57 (90%) e no 03º mês 111 (91%) usuários estavam com o registro adequado na ficha de acompanhamento (Figura 10).

Para este objetivo contamos com a participação da técnica de enfermagem que em cada consulta realizava revisão periódica dos registros de acordo com o programa de HAS e DM. Esta ação foi realizada principalmente pelo médico e a técnica de enfermagem.

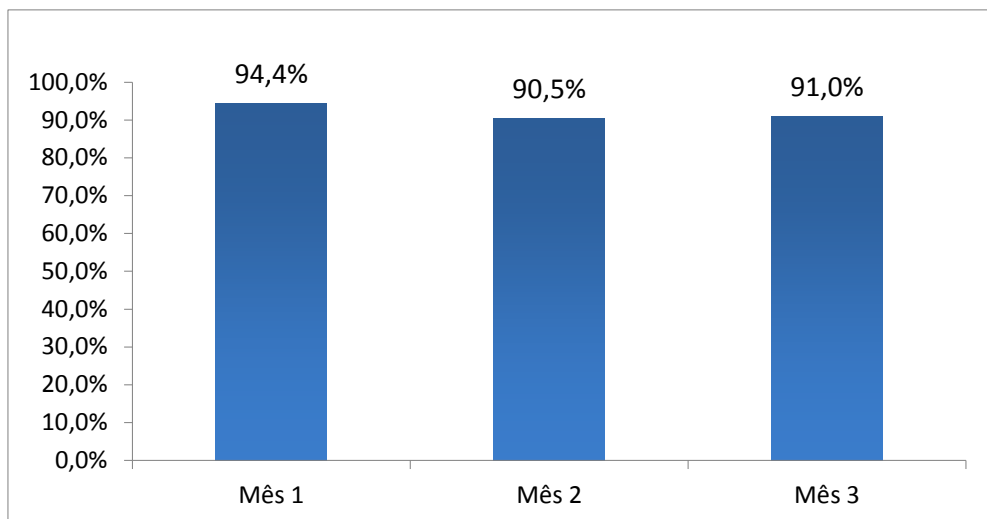


Figura 12- Proporção de usuários com hipertensão com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa, RS.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

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

Para os usuários com DM a meta era manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários cadastrados na unidade de saúde. Ao final da intervenção mantivemos as ficha de acompanhamento para 33 usuários com DM alcançando cobertura de 89%: no 01º mês 6 (85,7%) foram cadastrados, no 02º mês 11 (84,6%) e no 03º mês 33 (89%) estavam com a ficha de acompanhamento em dia (Figura 12). Com a continuidade deste serviço pretendemos atingir 100% dos usuários de nossa área de abrangência da UBS. Para este objetivo se utilizou a mesma estratégia que no item anterior

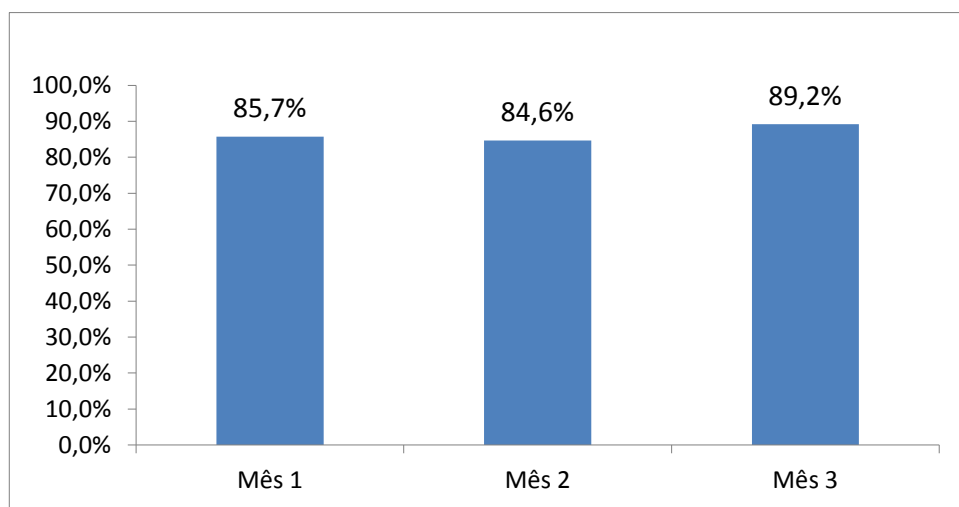


Figura 13- Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa, RS.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Objetivo 5: Mapear hipertensos de risco para doença cardiovascular.

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

Para o objetivo mapear usuários com HAS com risco para doença cardiovascular a meta era realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde. Ao final dos 3 meses de intervenção foram cadastrados 117 usuários com HAS (95,9%). Os resultados obtidos destacam-se aspectos significativos no alcance dos objetivos e metas demonstradas. Neste indicador realizamos estratificação de risco para os usuários cadastrados no programa, como se pode observar a estratificação foi aumentando mês a mês, sabemos que não foi alcançada a meta de 100%, mas nosso objetivo é melhorar esse indicador. No 01º mês cadastramos 32 (88,9%) usuários, no 02º mês foram 58 (92,1%) e no 03º mês 117 (95,5%) estavam com estratificação de risco cardiovascular em dia (Figura 14).

A equipe foi capacitada pelo médico para detectar usuários com fatores de risco para o desenvolvimento de DM e HAS, também foi disponibilizado as tabelas de uso internacional para cálculo de risco cardiovascular, na reunião de equipe nas sextas-feiras a técnica de enfermagem e a enfermagem foram capacitadas pelo médico quanto às estratégias para controle de fatores de risco modificáveis, finalmente a equipe ficou familiarizada para utilização do escore de Framingham.

Alguns dos usuários ficaram sem avaliação já que em muitos casos a falta de chegada dos resultados dos exames foi um importante obstáculo para a realização do escore, também houve falta de comparecimento dos usuários em algumas consultas.

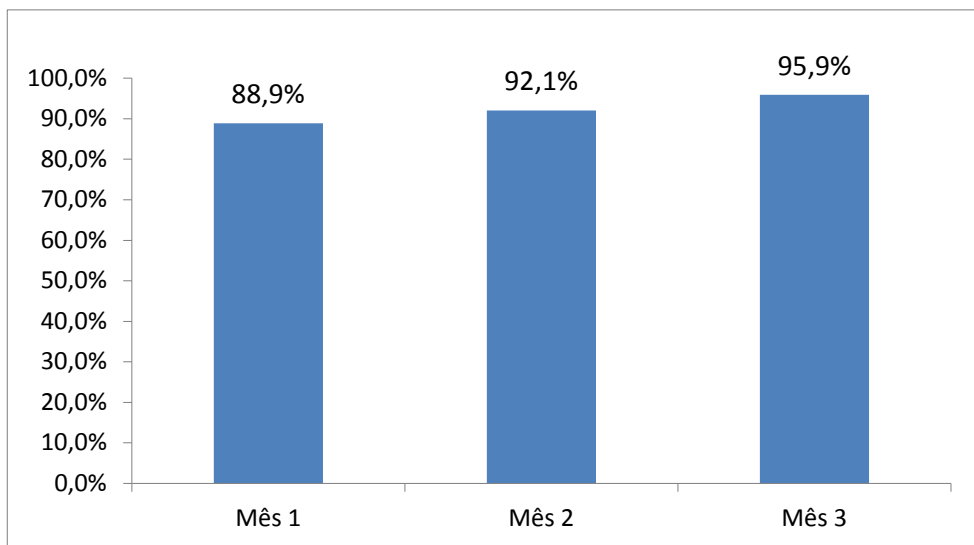


Figura 14- Proporção de usuários com HAS com estratificação de risco cardiovascular na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa, RS.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

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

Para os usuários com DM a meta era realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos cadastrados. Ao final da intervenção realizaram-se estratificação de risco cardiovascular em 35 usuários. No 01º mês 6 (85,7%) usuários foram cadastrados, no 02º mês 12 (92,3%) e no 03º mês 35 (94,6%) usuários foram cadastrados (Figura 15).

A estratégia empregada para este fim foi a mesma que para o item acima, e o porque alguns ficaram sem avaliação foi pelas mesmas razões antes ditas.

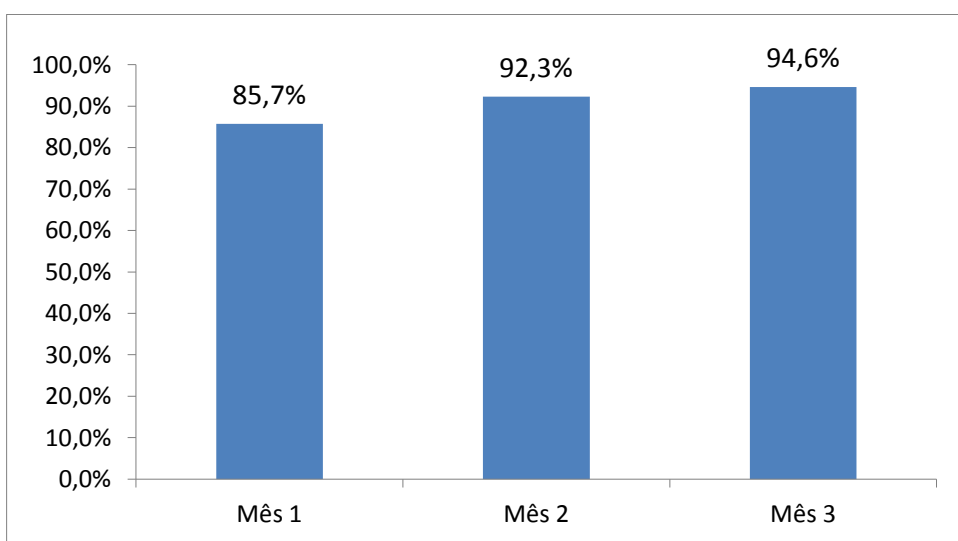


Figura 15- Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa, RS.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL

Objetivo 6 Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas 6.1 e 6.2 Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% aos hipertensos e Diabéticos.

6.3 e 6.4 Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e Diabéticos.

6.5 e 6.6 Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

6.7 e 6.8 Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Todos os usuários (100%) HAS e DM cadastrados na intervenção receberam orientações sobre orientação nutricional, prática regular de atividade física, riscos sobre o tabagismo e sobre higiene bucal. Em relação aos HAS foram cadastrados no 01° mês 36 usuários, no 02° mês foram 63 e no 03° mês 122 usuários foram orientados. Em relação aos DM foram orientados 7 no 01° mês, 13 no 02° e 37 no 03° mês.

Para alcançar as metas propostas foi feita reuniões com a comunidade em duas ocasiões, convocando sempre a população para participar de nosso programa, aproveitamos em cada reunião para fazer a tomada da pressão arterial, medidas antropométricas, peso e altura. Em cada reunião foram convidados os integrantes do NASF (nutricionista, educador físico) para participarem das palestras. Entendemos que ao integrarmos outros profissionais no grupo, torna-se mais rico e dinâmico a troca de informações, que beneficiam a todos, principalmente os usuários. As orientações foram de forma coletiva para o grupo de usuários com HAS e/ou DM.

Durante a realização das palestras os usuários demonstraram interesse e participavam ativamente das discussões realizadas durante e após a explanação dos temas. Ao início da intervenção percebi que tinham muitas dúvidas em relação aos tipos de alimentos que poderiam ingerir, graças à ajuda da nutricionista, conseguimos orientar todos os usuários cadastrados no programa diante palestras durante as reuniões de grupo e nas consultas.

Alguns usuários com DM relataram ter dificuldades em relação à administração de insulina, aqui nesta região há uma forte resistência a fazer

tratamentos com insulinas. Os usuários habitualmente reclamam que não desejam receber esta medicação porque existe a crença e costume de que o tratamento pode provocar hipoglicemia, esperamos com o desenvolvimento do programa mudar esta condição. Podemos perceber também a dificuldade dos usuários com HAS na dosagem do sal na alimentação, assim como, o entendimento dos alimentos ricos em sódio. Notamos a falta de conhecimento dos usuários DM a respeito de adoçantes, felizmente eles se conscientizaram que eventualmente, é melhor preparar uma receita com o adoçante do que correr o risco de ter a glicemia descompensada pela ingestão de alimentos industrializados ou preparados com açúcar normal. Os usuários também não tinham conhecimento sobre a forma de preparar os alimentos sem sal, substituindo-o por ervas aromáticas.

As reuniões de grupo e com auxílio da educadora física do NASF foram essenciais para promover qualidade de vida e promoção da saúde para esta população que receberam orientações sobre a prática regular de atividade física. Com ajuda do educador físico, conseguimos ensinar e orientar aos usuários a fazer atividades físicas. Estabeleceu-se de forma contínua daqui para frente, uma vez por semana, atividade física para todos os usuários que desejem participar. As atividades serão guiadas pela educadora física em um local em frente à UBS que foi disponibilizado para tal fim. Para garantir orientação sobre os riscos do tabagismo todos os usuários receberam orientações para descontinuar o uso do tabaco.

Esperamos que os resultados alcançados com este trabalho sejam muito importantes para a secretaria de saúde, comunidade e principalmente para os usuários, pois com certeza esperamos uma melhora na qualidade de vida e a expectativa de vida da população, uma maior conscientização dos usuários sobre a prevenção e importância de hábitos de vida saudáveis.

4.2 Discussão

A intervenção, em minha unidade básica, Sete de Setembro, foi possível melhorar e qualificar os serviços realizados para os usuários HAS e/ou DM. Conseguimos melhorar os registros dos usuários participantes do programa, melhorar a qualificação da atenção e todos os usuários foram orientados e conscientizados sobre suas doenças. Aqueles casos de usuário DM insulino dependentes foram orientados para o uso da insulino terapia e os cuidados preventivos para evitar complicações crônicas como as neuropatias, nefropatias e o risco de desenvolver o pé do diabético.

Em todas as consultas, oportunidades e reuniões com a comunidade, aproveitamos para orientar os participantes de nosso programa sobre alimentação saudável, prática regular de exercícios físicos e a importância de parar de fumar, estas atividades sempre foram desenvolvidas com o acompanhamento da educadora física e nossa nutricionista a quem estamos muito agradecidos.

Nossa equipe esteve no início da intervenção com certas dificuldades em relação à colaboração do desenvolvimento das atividades, mas, depois com o transcurso da intervenção mostrou-se aberta para a capacitação e para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento de usuários com HAS e/ou DM. Apesar das dificuldades iniciais, finalmente conseguiu-se uma melhor união da equipe com a possibilidade de fazer um trabalho integrado em conjunto com médico, odontologista, nutricionista, enfermeira, técnica de enfermagem e pessoal da recepção.

Podemos dizer que depois de nossa intervenção a equipe ficou muito mais unida, teve melhor comunicação, maior relacionamento e disposição para enfrentar novos desafios na atenção básica de saúde.

Estamos conseguindo um adequado desenvolvimento no atendimento diário dos usuários e seguindo um adequado fluxograma. Estamos melhorando a organização dos serviços, acolhimento dos usuários, melhorando as estratégias e obtendo maior qualidade. Foram apresentadas várias melhoras na atenção aos usuários participantes do programa, devemos mencionar que muitas vezes o médico se encontrou sozinho na realização da intervenção. Principalmente, no início da intervenção parecia que todo o esforço era somente do médico, além disso, com a

grande responsabilidade de ter que fazer outros atendimentos de rotina na UBS, em minha opinião foi uma grande sobrecarga sobre as costas do médico.

Nossa intervenção ficou como um legado para outros profissionais que trabalhem aqui na UBS, já que promoveu um bom impacto na comunidade. Sabemos que falta muito por fazer, mas, além disso, sabemos também que a comunidade foi tocada pelo nosso trabalho e que muitas coisas mudaram e muitos começaram a falar da importância da intervenção. Os usuários participantes do programa ficaram entusiasmados com a participação da intervenção, demonstraram satisfação com a prioridade no atendimento e ficaram muito felizes quando eram agendados para a consulta de retorno, porém gerou insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade, porém estamos tentando estabelecer que todos sejam atendidos conforme sua disponibilidade. Sabemos que ainda temos um número grande de usuários com HAS e DM que não estão participando do programa, nos próximos meses vamos continuar trabalhando para aumentar a cobertura destas doenças.

Como viabilidade de incorporar outra ação programática, gostaria de poder fazer uma intervenção na atenção à saúde do idoso, já que aqui em nossa comunidade temos uma importante população desta faixa etária.

Se fossemos realizar a intervenção neste momento gostaria de ter agilizado melhor o sistema de agendamento por telefone, que já está operando muito bem. Gostaria também de poder orientar a população e familiares de pessoas idosas sobre os cuidados necessários e monitoramento da saúde de nossos usuários idosos.

Esperamos ainda melhorar e ampliar a cobertura de usuários HAS e/ou DM e que a população esteja mais aberta a dicas e cuidados das doenças crônicas não transmissíveis. A intervenção foi muito bem acolhida em nossa unidade e é grande honra para eu dizer que a mesma já virou rotina de nossos serviços.

5 Relatório da intervenção para gestores

À gestão de Saúde, presidente, diretores e coordenadores da FUMSSAR.

No período de dezembro de 2014 a fevereiro de 2015, realizamos uma intervenção na Unidade Básica de Saúde (UBS) da Vila Sete de Setembro que teve como foco qualificar e melhorar a atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos.

Para a realização da intervenção, inicialmente construímos um projeto propondo objetivos, metas e ações para serem alcançadas no período de 16 semanas, no entanto, para cumprimento do calendário acadêmico da especialização, a intervenção foi realizada em apenas 12 semanas, o que acabou prejudicando o alcance das metas pactuadas previamente. Além disso, apresentamos dificuldades já que muitos de nossos funcionários estiveram de férias no momento da realização da intervenção, mas mesmo assim pudemos garantir que a assistência oferecida os usuários que fizeram parte da intervenção foi de qualidade e que nossos serviços foram qualificados.

Antes da intervenção, as atividades de atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos não eram qualificadas, mas com o desenvolvimento da Intervenção revimos as atribuições da equipe, viabilizando a atenção de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde. Assim, os usuários participantes foram também classificados e priorizados de acordo com a presença ou não de fatores de risco para estas doenças, o que contribuiu para a melhoria da qualidade da assistência oferecida.

Na área adstrita à UBS existem 369 hipertensos e 91 diabéticos, segundo o VIGITEL. Em geral a intervenção propiciou um atendimento de 122 usuários com HAS para uma cobertura de 33% e 37 usuários com DM chegando a uma cobertura de 40,7% (Figura 1 e 2).

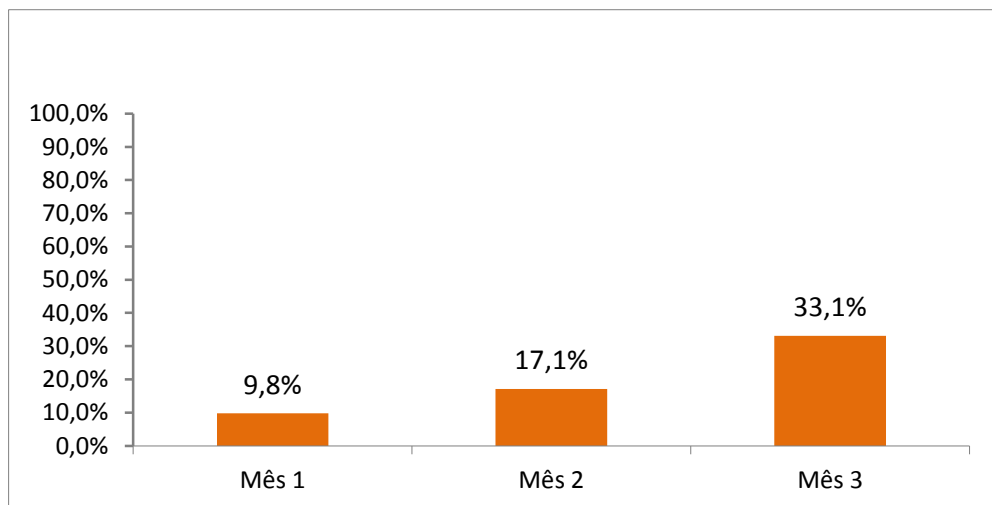


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa/RS.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

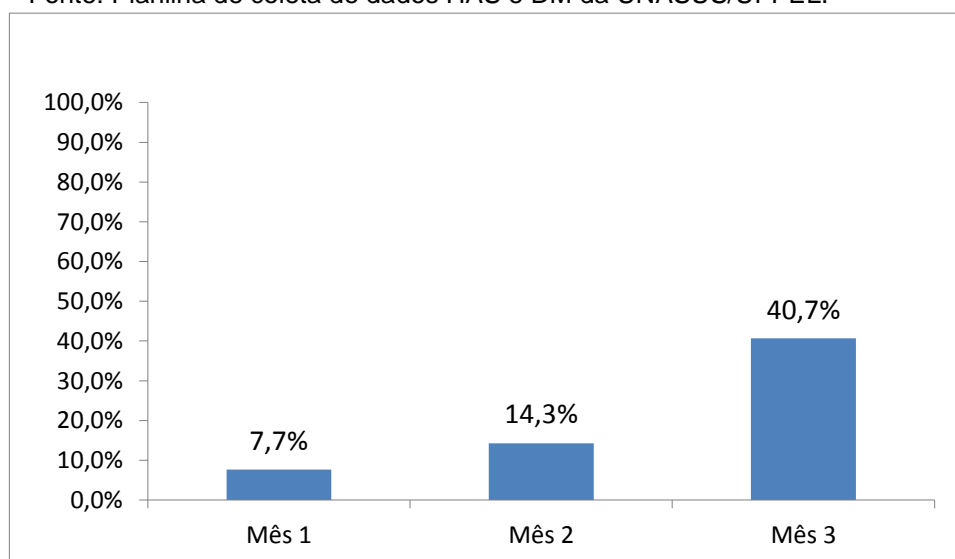


Figura 2- Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa/RS.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Conseguimos a melhoria dos registros feitos durante as consultas; melhoramos a qualidade do atendimento e a adesão dos usuários à realização dos exames de seguimento e avaliação; mapeamos os usuários de risco e realizamos atividades de promoção à saúde para todos os usuários cadastrados. Para que todas essas melhorias acontecessem, foi necessário que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde referentes à Hipertensão arterial e Diabetes Mellitus, assim, esta atividade promoveu o trabalho integrado de todos os profissionais da UBS.

Fico muito grato pela ajuda recebida da gestão na impressão das fichas-espelho, o acesso à internet ou na busca de alternativas para a comunicação, ainda, pela atenção que nos foi oferecida sempre que necessitamos de esclarecimentos sobre o trabalho ou sobre a logística do programa no município.

Embora não tenhamos conseguido atingir todas as metas pactuadas, entendemos que o programa de Hipertensão e Diabetes não deve resultar no simples cadastro dos usuários, este tem que ser um processo contínuo de atendimento, acompanhamento e educação da população. Portanto, compreendemos a importância de dar continuidade às ações da intervenção e para que isso ocorra, o apoio da gestão é essencial.

Enfim, consideramos efetiva e viável a intervenção, pois foi possível a realização de ações que servirão de modelo para outras unidades de saúde do município e servirão de instrumentos para direcionar a prática dos profissionais e melhorar a qualidade de saúde dos usuários hipertensos e diabéticos atendidos pelo Sistema Único de Saúde em Santa Rosa/RS.

Agradecemos pelo incentivo recebido e desde já colocamo-nos à disposição para qualquer esclarecimento.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Comunidade,

Existe um Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus que é muito importante para o rastreamento dos usuários diabéticos e com hipertensão arterial maior que 135/80 mmHg. É de vital importância verificar a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente, e detectar fatores de risco para o desenvolvimento destas doenças crônicas.

Por este motivo realizamos uma intervenção na UBS Sete de Setembro que teve como objetivo melhorar a saúde dos usuários com hipertensão e diabetes. Na área adstrita à UBS segundo o VIGITEL, existem 369 hipertensos e 91 diabéticos. O projeto foi desenvolvido para que a intervenção durasse 16 semanas, mas, por orientação da coordenação do curso a intervenção durou apenas 12 semanas. Mesmo assim, conseguimos cadastrar 122 hipertensos e 37 diabéticos durante o período de desenvolvimento da intervenção, chegando a 33% de cobertura para os hipertensos e 40,7% para os DM (Figura 1 e 2).

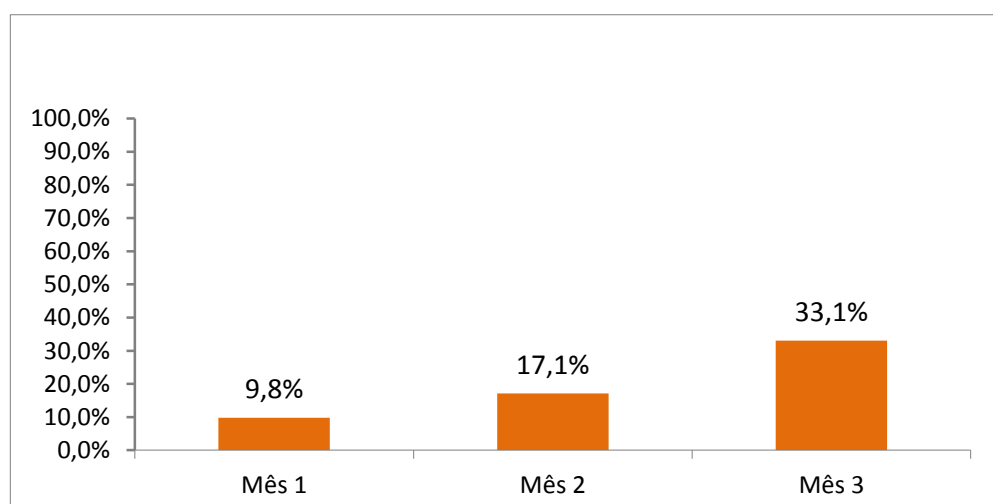


Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao usuário com hipertensão na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa/RS.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

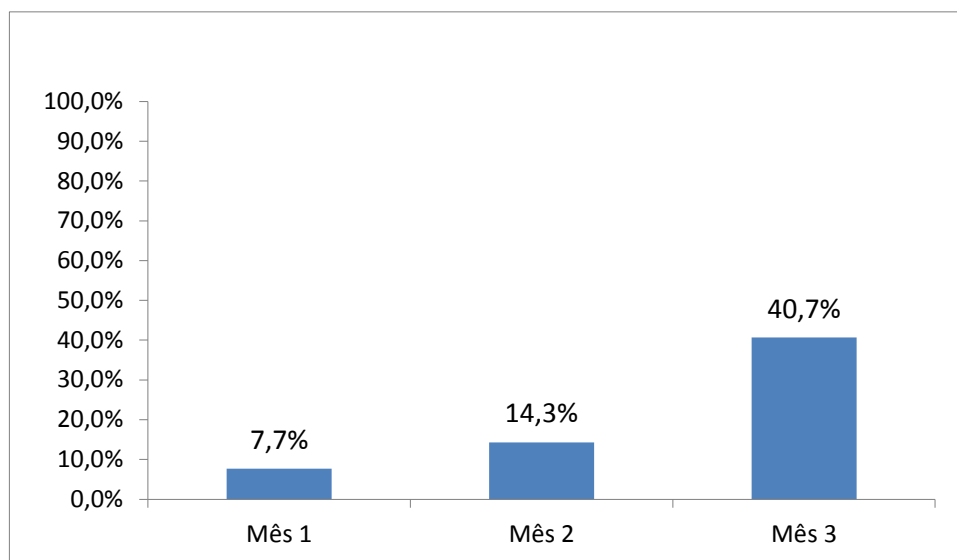


Figura 2- Cobertura do programa de atenção ao usuário com diabetes na UBS Sete de Setembro, Santa Rosa/RS.

Fonte: Planilha de coleta de dados HAS e DM da UNASUS/UFPEL.

Ao final da intervenção 86% dos usuários hipertensos e 83,8% dos diabéticos estavam com os exames complementares em dia, 100% dos usuários cadastrados durante a intervenção possuíam prescrição de medicamentos da farmácia popular e todos foram orientados quanto a importância da alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal.

Para um melhor atendimento dos usuários diabéticos e hipertensos foi necessário um grande envolvimento de toda a equipe de Saúde da Família da UBS Sete de Setembro e assim podemos atender de forma resolutiva e com qualidade estes grupos que necessitam de um olhar mais profundo e uma atenção prioritária.

Nestas 12 semanas, realizamos várias atividades como forma de melhorar o atendimento oferecido a estes usuários, também foi uma boa oportunidade para conhecer melhor cada usuário, por isso, durante as consultas fazíamos diversas perguntas que foi a única forma de poder compreender melhor cada um (usuários) e sua realidade.

Toda a equipe realizou o monitoramento e atualização dos registros de cada usuário cadastrado. O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscaram o serviço foi realizado pelos técnicos de enfermagem e usuários com problemas agudos eram atendidos no mesmo turno e saíam com a próxima consulta agendada. Com ajuda dos ACS, utilizamos as informações dos registros para identificar os

usuários de alto risco, assim agendávamos para realização de consulta médica o mais rápido possível.

Também realizamos duas palestras educativas na sala de reuniões da comunidade sobre hipertensão e diabetes e as suas complicações, como forma de orientar não só aos usuários que participam do programa, mas também a toda a comunidade.

Os usuários que faltavam às consultas eram convidados a comparecer à UBS para realização da consulta, através de busca ativa feita pelos ACS, com esta atividade pudemos resgatar uma população com real necessidade de atendimento.

Enfim, estas ações terão continuidade, queremos que elas façam parte da rotina do serviço, porém ainda são necessários alguns ajustes e para isso gostaríamos e necessitamos contar com a colaboração de toda a comunidade, no sentido de nos ajudar na divulgação de informações para que todos aqueles usuários hipertensos e diabéticos que consultem aqui na UBS fiquem informados sobre a importância de realizar os exames, do monitoramento e avaliação contínua.

7 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Quando cheguei à Unidade Básica de Saúde (UBS) Sete de Setembro, havia poucos diabéticos e hipertensos mapeados e cadastrados nas micro áreas, levando isso em consideração o fato de ter na consulta diária muitos usuários com HAS e DM. Então decidimos implantar o projeto de intervenção para envolver e comprometer a comunidade sobre estas doenças e suas possíveis complicações, eu queria fazer do atendimento aos usuários portadores de Hipertensão e Diabetes Mellitus uma prioridade, em esse objetivo nos movimentamos para melhorar e aumentar o atendimento de usuários com estas doenças. Em nossa área de abrangência começou uma procura intensa desses casos, juntamente com o acompanhamento desses usuários.

Meu processo de aprendizagem iniciou com a análise situacional, minuciosa e reflexiva, acerca do trabalho que desempenhamos na Unidade de Saúde. A partir dessa análise, foi possível apontar problemas e estratégias de resolução. Inicialmente, houve uma forte oposição da equipe para realizar o projeto de intervenção, já que significaria um maior fluxo de usuários e o trabalho aumentaria. Além disso, aceitamos o desafio, a equipe começou apoiar o atendimento levando em conta a importância de melhorar a situação dos usuários hipertensos e diabéticos. Infelizmente, nem todos os componentes da equipe de saúde participaram das ações da intervenção, o que me deixou, no início um pouco desmotivado. Após diversas observações, conversas com a equipe, há a necessidade de continuar as ações programáticas e sem dúvidas com os grupos que necessitam de um olhar mais profundo e uma atenção diferenciada.

Pode-se dizer que esta unidade necessita continuar as ações programáticas, por exemplo, um fluxograma multiprofissional, proporcionar a equipe maior acesso ao

protocolo técnico assistencial e aos cadernos de Atenção Básica, para que assim possa-se realizar um trabalho em conjunto e resolutivo para estes grupos.

Reconheço o aprendizado de que não podemos cair no fatalismo da desmotivação com as dificuldades, e sim fazer o que está ao alcance, sempre, para vencer os obstáculos. Quanto a minha prática profissional, certamente ela foi aprimorada. Não só pela intervenção propriamente dita, mas pelos casos clínicos e estudos de prática clínica desenvolvidos durante o curso, a partir do teste de qualificação cognitiva. Em minha opinião com este projeto de intervenção pude conhecer melhor a população brasileira, disposta sempre em cooperar quando trata-se de melhorar a sua saúde e aos profissionais da saúde que trabalham na minha unidade. Enfim, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) faz com que profissionais com diferentes habilidades unam seus saberes para oferecer à população uma assistência humanizada. O principal aprendizado que obtive após concluir este trabalho, foi que, apesar das dificuldades, há possibilidade de mudanças e melhorias nos serviços de saúde, com profissionais motivados e um constante trabalho em equipe.

Referências

BRUCE B. Duncan - Medicina Ambulatorial-2013.

BRASIL. Ministério de Saúde-Caderno de Atenção Básica número 36, Diabetes mellitus Brasília - 2013.

BRASIL. Ministério de Saúde- Cadernos de Atenção Básica número 37, hipertensão arterial sistêmica, Brasília- 2013.

FUMSSAR. Protocolo Municipal de Saúde do Município de Santa Rosa-2008.

SBC. Sociedade Brasileira de Cardiologia- V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. - 2010.

Apêndices

Apêndice A: Fotos da Intervenção



Figura 16: Reunião da equipe, sobre a direita o médico, coordenadora, sobre a esquerda a enfermagem, assistente de consultório dental e restante as ACS.



Figura 17: Grupo de ginástica, no centro a educadora física.



Figura 18: Grupo de ginastica trabalhando



Figura 19: Acesso à Vila Sete de Setembro.



Figura 20: UBS Sete de Setembro

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 Srª

Profª Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

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

Eu, (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