

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou do
diabetes mellitus na UBS Alto Alegre, Cerrito/RS**

Graciela Machado Nascimento

Pelotas, 2016

Graciela Machado Nascimento

Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou do diabetes mellitus na UBS Alto Alegre, Cerrito/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: Niviane Genz

Pelotas, 2016

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

N124m Nascimento, Graciela Machado

Melhoria da Atenção à Saúde da Pessoa com Hipertensão Arterial e/ou do Diabetes Mellitus na UBS Alto Alegre, Cerrito/RS / Graciela Machado Nascimento; Niviane Genz, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

91 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Genz, Niviane, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a meu filho Mathias, minha fonte inspiração.

Agradecimentos

Meu eterno agradecimento a minha orientadora Niviane por seu alentador apoio e seus valiosos comentários, sem os quais não teria sido possível a realização deste trabalho.

Meu agradecimento também a minha mãe por seu carinho e apoio incondicional.

Resumo

NACIMENTO, Graciela Machado. **Melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou do diabetes mellitus na UBS Alto Alegre, Cerrito/RS**. 2016. 91f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O controle adequado dos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus deve ser uma das prioridades da Atenção Primária à Saúde a partir do princípio de que o diagnóstico precoce, o controle e o tratamento adequado dessas afecções são essenciais para a diminuição dos eventos cardiovasculares adversos reduzindo o número de mortes, hospitalizações, amputações, doenças renais crônicas, entre outras complicações. A educação em saúde, associada ao autocontrole dos níveis de pressão e/ou glicemia, à atividade física e à dieta alimentar, é um importante instrumento para aumentar a procura por tratamento e controlar os índices em usuários com hipertensão e/ou diabetes. Assim, realizamos na Unidade de Saúde Alto Alegre, no município de Cerrito/RS uma intervenção em saúde objetivando a melhoria da atenção à saúde da pessoa com hipertensão e/ou com diabetes mellitus pertencente à esta unidade de saúde. Foram realizadas avaliação clínica e necessidade do atendimento odontológico, monitoramento por meio de exames complementares, prescrição e fornecimento de medicações disponibilizadas pela farmácia popular, avaliação do risco cardiovascular além de ações educativas com os grupos de usuários com hipertensão e/ou diabetes bem como foram promovidas ações educativas para a comunidade em geral. Tanto nas consultas individuais quanto em atividades coletivas foram ofertadas orientações quanto à alimentação saudável, importância da realização de prática regular de atividade física, alerta sobre os fatores de riscos, necessidade de manutenção de uma higiene bucal adequada, alerta às complicações, importância do monitoramento da saúde a fim de alcançar melhoria da saúde para todas as pessoas acompanhadas no período da intervenção. As ações foram baseadas nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Ao longo dos três meses da intervenção foram avaliados 43,7% (185) dos usuários com hipertensão com 20 anos ou mais e 56,7% (59) das pessoas com diabetes com 20 anos ou mais. Destaca-se que as atividades realizadas buscaram contribuir para a percepção de uma nova forma de atuar dos profissionais com previsão de continuidade das ações na rotina do serviço bem como despertou o interesse pelo autocuidado nos usuários com hipertensão e/ou diabetes acompanhados no período alertando também a população em geral quanto à importância do desenvolvimento de uma abordagem multiprofissional e educativa direcionada para a promoção e prevenção à saúde para todos e especialmente aos pertencentes ao grupo alvo da intervenção.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da Prefeitura Municipal de Cerrito, RS, 2015.	09
Figura 2	Fotografia da exposição do gado leiteiro da raça Jersey, Cerrito, RS, 2015.	10
Figura 3	Fotografia do Mapa de localização do município de Cerrito/RS. Imagem obtida no Google, 2015.	00
Figura 4	Fotografia da obra em andamento acelerado da UBS Alto Alegre, Cerrito, RS, 2015.	11
Figura 5	Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão na UBS Alto Alegre, Cerrito, RS, 2015.	63
Figura 6	Gráfico da cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa com diabetes na UBS Alto Alegre, Cerrito, RS, 2015.	63
Figura 7	Gráfico da Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Alto Alegre, Cerrito, RS, 2015.	65
Figura 8	Gráfico da Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Alto Alegre, Cerrito, RS, 2015.	65
Figura 9	Gráfico da proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa na UBS Alto Alegre, Cerrito, RS, 2015.	68
Figura 10	Gráfico da proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas com busca ativa na UBS Alto Alegre, Cerrito, RS, 2015.	68

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
ASG	Auxiliar de Serviços Gerais
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EaD	Educação à Distância
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
KM	Quilômetros
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
RAS	Relatório de Análise Situacional
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
UNA-SUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	24
2 Análise Estratégica	27
2.1 Justificativa	27
2.2 Objetivos e metas	29
2.2.1 Objetivo geral	29
2.2.2 Objetivos específicos e metas	29
2.3 Metodologia	31
2.3.1 Detalhamento das ações	32
2.3.2 Indicadores	45
2.3.3 Logística	52
2.3.4 Cronograma	56
3 Relatório da Intervenção	57
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	57
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	59
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	59
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	60
4 Avaliação da intervenção	61
4.1 Resultados	61
4.2 Discussão	73
5 Relatório da intervenção para gestores	76
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	80
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	82
Referências	84
Anexos	86

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade à Distância (EaD), promovido pela Universidade Federal de Pelotas/RS (UFPeL/RS) em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS). O trabalho apresenta uma intervenção em saúde que teve como objetivo melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes na Unidade Básica de Saúde Alto Alegre, Cerrito/RS.

O volume está organizado em sete unidades, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso.

Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta, na sexta e na sétima parte refere-se aos relatórios da intervenção para os gestores, para a comunidade e a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção, respectivamente.

Finalizando o volume, estão as referências e os anexos utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês de julho de 2014, quando começaram a ser postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de novembro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde Alto Alegre fica localizada no município de Cerrito, no estado do Rio Grande do Sul e dista mais de 300 Km da capital Porto Alegre. O município possui uma população pequena, aproximadamente 7 mil habitantes

O Município de Cerrito foi criado em 28 de dezembro de 1995, através da Lei nº 10.656, tendo como município de origem Pedro Osório. Localizado no Extremo Sul do Estado do Rio Grande do Sul, distante em torno de 300Km da capital do estado, Porto Alegre. Possui uma área de 451,9 km² e 6.738 habitantes, distribuída entre a zona urbana e rural.



Figura 1 – Prefeitura Municipal de Cerrito, RS, 2015.

A economia está voltada ao setor agropecuário tendo como maior expressão a produção leiteira com criação de gado da raça Jersey e produção de

matrizes leiteiras reconhecida por sua categoria genética produzindo leite de excelente qualidade, em torno de 9 milhões de litros ao ano.



Figura 2 – Exposição do gado leiteiro da raça Jersey, Cerrito, RS, 2015.

Constituído por pequenas propriedades rurais e minifúndios, destaca-se a produção de milho, soja, pêssego arroz e a avicultura. Na zona urbana destacam-se as olarias, com grande produção de tijolos, que é comercializado em toda a Região Sul.

Quanto aos pontos turísticos temos no município o Cerro Pelado e ou Morro TV que é um marco em homenagem ao maior cronista Farrapo, distante 12 Km da sede com horário de visitas das 8h às 18h, todos os dias da semana e o Oásis Balneário que é uma praia de água doce que dista 4 Km da sede pela RS 706 (turismo.rs.gov.br).



Figura 3 – Mapa de localização do município de Cerrito/RS. Imagem obtida no Google, 2015.

Quanto aos serviços de saúde, temos 3 Unidades de saúde com equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e contamos com o apoio de uma equipe

do Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF). Também temos um pequeno hospital, clínicas odontológicas particulares e algumas especialidades.

A equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) Alto Alegre, localizada na zona rural distante 16 quilômetros do centro do município, possui uma médica (eu), uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e dois Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Não temos profissional odontólogo na unidade.



Figura 4 – Obra em andamento acelerado da UBS Alto Alegre, Cerrito, RS, 2015.

Até a minha chegada, a população não contava com o atendimento médico todos os dias da semana e o que de certa forma fez com que a maioria das pessoas não buscasse mais pelo serviço de saúde. Além de não contar com o atendimento médico também não havia, e ainda não há, uma sala para vacinas na unidade, sendo necessário que a população se desloque até a unidade de saúde central do município para receber as mesmas.

Verificamos que temos que desenvolver ações no sentido de qualificar a atenção à saúde desta população, pois muitas estão muito abaixo do esperado para o trabalho de uma equipe de saúde. Para isso, esperamos com este curso encontrar ferramentas que possam contribuir para o desenvolvimento e qualificação deste serviço.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O serviço de Saúde Alto Alegre pertence ao município de Cerrito, localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul, a 315 km da capital

estadual, Porto Alegre. A população do município, atualmente é de aproximadamente 6.928 habitantes.

Em relação ao sistema de saúde pública, o município conta com três Unidades de Saúde, sendo as três Unidades com equipes de ESF. Todas as unidades possuem disponibilidade de NASF. O município não dispõe de Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Quanto à disponibilidade de atenção especializada, temos cobertura para especialidades como psicologia, psiquiatria, neurologia, cardiologia, otorrinolaringologia, urologia, clínico geral, pediatria, entre outras. O município conta com uma Santa Casa (Hospital), com pouca disponibilidade de exames laboratoriais nas áreas de imunologia, microbiologia, bacteriologia e outros.

A Unidade de saúde fica localizada na área rural, situada a 16 km do município e seu modelo de atenção é ESF, sob gestão plena do município e totalmente vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS). A unidade conta apenas com uma equipe de saúde composta por uma médica clínica geral, uma enfermeira que coordena a equipe e atende os grupos do cronograma, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de serviços gerais (ASG) e dois ACS.

A unidade de saúde é uma casa adaptada para o funcionamento da UBS que apresenta muitas deficiências quanto a sua estrutura física. Sendo esta provisória até a finalização do projeto de construção da nova unidade. A unidade possui uma sala de espera para aproximadamente 15 pessoas com uma porta, janelas, boa ventilação e iluminação junto à sala de recepção onde é realizado o acolhimento e onde ficam armazenados os prontuários organizados em uma estante.

A técnica de enfermagem é a responsável pelos agendamentos e organização dos prontuários. O serviço de saúde não possui sala para realização de reuniões e educação em saúde, nem sala para os ACS, sala de vacinas, sala para farmácia, sala para odontologia, nem sala para coleta de material dos exames preventivos, sendo o consultório de enfermagem a sala para procedimentos de enfermagem, para nebulização e esterilização. Possui um consultório médico não climatizado com muita privacidade, uma cozinha e um banheiro compartilhado entre usuários e profissionais. Todos os pisos são

laváveis e de superfícies lisas, a cobertura de proteção encontra-se em mau estado e as portas não são do tipo alavanca.

A unidade possui barreiras arquitetônicas, que impedem o acesso às pessoas com deficiências. Não existem cadeiras de rodas a disposição dos mesmos, nem rampa para os cadeirantes. Como já mencionamos não contamos com serviço de odontologia na unidade, sendo necessário recorrer aos serviços privados ou a outras UBS.

A população é muito carente, com poucos recursos e o deslocamento é difícil devido às grandes distâncias entre as casas, a Unidade de saúde e o centro do Município, sendo necessário o desenvolvimento de um trabalho a fim de intervir satisfatoriamente na busca de soluções para estas e outras dificuldades. Sendo imprescindível conhecer a realidade da comunidade para assim programar estratégias e programas conjuntamente com os gestores municipais, capazes de contribuir com a melhoria da qualidade de vida da população.

Em relação às atribuições da equipe, os profissionais realizam o mapeamento da área de abrangência, com a participação do médico, enfermeira, técnica de enfermagem e ACS. Assim como a identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, identificação de grupos de agravos como hipertensão arterial, diabetes mellitus, tuberculose, entre outras.

As atividades são realizadas basicamente no consultório médico, já que as visitas domiciliares são muito difíceis de serem realizadas por não contarmos com meio de transporte. Assim, são realizadas e programadas as visitas domiciliares às famílias que moram mais próximas à unidade, ou seja, que são de mais fácil acesso e de acordo com a necessidade.

Em domicílio, realizamos consulta médica e de enfermagem, aferição da pressão arterial, teste de glicemia capilar, curativos, revisão puerperal, educação em saúde, entrega de medicamentos, troca de sondas assim como administração de medicação por via intramuscular, sempre que necessário além de seguimento de usuários com câncer.

A população da área de abrangência é composta por 2.780 habitantes, destes 1.527 são do sexo feminino e 1.253 são masculinos com um total de 532 famílias cadastradas. Entre os 478 usuários menores de 15 anos 289 são do sexo feminino e 239 do sexo masculino. Entre 20 e 59 anos são cadastrados na

unidade 1593 usuários, sendo 625 do sexo masculino e 968 do sexo feminino. A população com mais de 60 anos soma 380 usuários, sendo 164 do sexo masculino e 216 do sexo feminino.

A atenção à demanda espontânea inicia pelo acolhimento desde a chegada do usuário na unidade. Este acolhimento é realizado pela técnica de enfermagem e, posteriormente, o usuário é atendido pela enfermeira e pela médica. Em média, após o acolhimento o atendimento é realizado em torno de 10 minutos. Busca-se realizar uma anamnese e exame físico completos, esclarecendo ao usuário sobre a doença e tratamento para que o mesmo não fique com dúvidas.

A unidade inicia as atividades às 08h00min, com acolhimento dos usuários na sala de espera. São agendados 20 atendimentos por dia, além das urgências e emergências como atendimentos a usuários com febre, vômitos, crises hipertensivas, hiperglicemia, asma brônquica, entre outras.

Atendimento a usuários que necessitam de receitas e medicamentos são prestados pela equipe após triagem e avaliação de riscos biológicos. Além da avaliação do risco biológico, também é realizada uma avaliação e classificação de vulnerabilidade social a fim de definir os encaminhamentos. Em caso de necessidade de atendimento em outro nível de atenção a saúde, os usuários são encaminhados para a Santa Casa regional do município.

Os estudos do caderno de atenção das demandas espontâneas e do fluxograma apresentado dispõem de uma ferramenta muito importante para a organização e acolhimento das demandas espontâneas em nosso serviço. Não existe excesso de demanda espontânea. Uma das maiores dificuldades que temos são os encaminhamentos aos especialistas, os quais podem levar até um ano para serem atendidos, assim como a realização de exames de rotina que podem levar até um mês e especialidades até dois anos em caso da tomografia axial computadorizada, inviabilizando o diagnóstico e preocupando o usuário.

Outra dificuldade importante está relacionada a pouca acessibilidade da população aos serviços de saúde atribuída aos poucos recursos da população e as enormes distâncias das casas até a Unidade de Saúde, assim como a impossibilidade de realizar as visitas domiciliares por falta de transporte. Por isso, é necessário convocar os grupos de apoio e gestores de saúde para um momento de discussão a fim de resolver este problema.

Em relação à saúde da criança, as consultas de puericultura são realizadas pela médica, duas vezes por semana em um único turno. Em todas as consultas as carteiras das crianças são solicitadas para avaliar o estado vacinal e as curvas de crescimento, avaliando seu estado nutricional.

As vantagens obtidas com a aplicação do programa “Saúde da Criança” tem condicionado um incremento marcado na melhoria da qualidade de vida das crianças. Isto impõe novos desafios na busca de um incremento progressivo do bem estar e da qualidade de vida da população infantil, o que poderá ser alcançado aperfeiçoando as ações preventivas que se realizam na UBS.

A criança é um ser dependente das condições do meio ambiente, precisando de um contexto de proteção por parte da sociedade, da escola, da família e, por isso, é preciso ter em conta que a criança de hoje é o adulto de amanhã. Assim, encaminhar ações de prevenção social, psíquica e biológica beneficiará o desenvolvimento futuro da sociedade.

Nas consultas e em visitas domiciliares oferecemos atividades de orientação e promoção de saúde a todas as mães, explicando a importância do acompanhamento adequado das crianças, assim como orientações de como prevenir acidentes, hábitos alimentares saudáveis, higiene adequada, estimulação precoce entre outras. Até o momento, a unidade não tem grupos para mães das crianças da puericultura.

Neste momento, são desenvolvidas ações quanto ao cuidado da criança como tratamento de problemas clínicos gerais, prevenção de anemia, promoção de aleitamento materno exclusivo. Não contamos com sala de vacinas na unidade para que 100% das crianças fossem imunizadas, por isso reforçamos a educação a saúde das mães sob a importância da vacinação.

Temos arquivos específicos para os registros dos atendimentos da puericultura, assim como temos profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação do programa de puericultura. Estas atividades permitem mais facilmente a identificação de crianças faltosas e das em atraso com as consultas e vacinas. Na unidade é realizado atendimento de puericultura para crianças de zero até 12 meses com periodicidade mensal, mas em caso de risco, este é avaliado semanalmente ou encaminhado. As crianças de 12 a 24 meses são atendidas trimestralmente e as até com 72 meses semestralmente.

Existe demanda de atendimento de problemas de saúde agudo às crianças de todas as idades, sendo mais frequentes as infecções respiratórias agudas, gastroenterocolite aguda e doenças de pele, mas sem excesso. É um desafio para a equipe melhorar os aspectos quanto à atenção à saúde da criança. Estamos trabalhando para incrementar as visitas domiciliares periódicas.

Os ACS buscam, antes dos sete dias, a toda puérpera após alta da maternidade para realizarmos visita domiciliar, orientam quanto à importância do acompanhamento por parte dos profissionais e também para dar início ao acompanhamento da atenção a saúde da criança por meio das consultas de puericultura.

Quanto à cobertura, segundo as estimativas do Caderno de Ações Programáticas (CAP) teríamos um total de 33 crianças menores de um ano. No entanto, temos 29 (88%) que são residentes e acompanhadas. Destas, 28 (97%) crianças estão com as vacinas em dia, os 3% que estão em atraso devido à acessibilidade e condicionada pela ausência da sala de vacinação na nossa UBS ou porque apresentavam quadro febril no momento da vacina. As vacinas são realizadas na UBS situada no centro do Município, a 16 km da área de abrangência; 21 (72%) estão com avaliação bucal e 33 (100%) estão com orientação para prevenção de acidentes, monitoramento do crescimento e do desenvolvimento na última consulta.

As consultas de pré-natal são realizadas para acompanhamento gestacional e de preparação para o parto favorecendo a promoção do crescimento e desenvolvimento do conceito de forma saudável. Ainda, identificar, diagnosticar e tratar precocemente os problemas de saúde que possam eventualmente surgir, prevenir ou diminuir futuros problemas além de orientar a futura mãe no seu autocuidado e no cuidado do seu bebê.

A Saúde Materna tem sido compreendida na literatura internacional como aquela que está inserida no plano de saúde reprodutiva e este, por sua vez, no plano maior que engloba a saúde da mulher. Ressalta-se nesta perspectiva um importante componente que é a maternidade segura, que tem como objetivo a diminuição da morbimortalidade assim como uma melhoria na qualidade de vida da mulher e o seu filho.

O cuidado pré-natal e a consulta puerperal é ofertado duas vezes por semana, no turno da manhã, com agendamento da próxima consulta. Não há gestantes fora da área de cobertura. Este atendimento é realizado pelo médico. Temos protocolo de atendimento pré-natal.

A ação desenvolvida quanto ao cuidado das gestantes tem como objetivo alcançar um adequado atendimento pré-natal evitando complicações e morbimortalidade durante a gestação e o parto. Dentro das ações destaca-se o diagnóstico precoce e tratamento oportuno de problemas de clinica geral, saúde bucal, controle de câncer de colo de útero e mama, planejamento familiar, promoção de aleitamento materno, adequada higiene, de hábitos alimentares saudáveis, cuidado do futuro bebe, entre outras.

Os atendimentos as gestantes são registrados nos prontuários clínicos, formulário especial do pré-natal. Utiliza-se o cartão da gestante para explicar a mesma o significado do posicionamento do peso na curva de ganho ponderal, a importância da avaliação da saúde bucal e, além disso, se recomenda a revisão puerperal até os sete dias pós-parto.

A equipe realiza atividades com grupos de gestantes no âmbito da unidade uma vez ao mês, com participação da enfermeira, técnico de enfermagem, medica e ACS. Mesmo diante da importância do pré-natal destaca-se que a baixa cobertura, ainda deficiente, pode estar atrelada às grandes distâncias e a difícil acessibilidade aos serviços de saúde.

Os indicadores de qualidade da atenção ao pré-natal, no momento atingem 100%. Entretanto, a saúde bucal continua sendo o problema mais prevalente, pois não contamos com equipe odontológica na UBS e apesar da distância para o deslocamento para outra UBS isto não impede a avaliação.

A cobertura de consultas de puerpério e alguns indicadores de qualidade da atenção ao puerpério ainda são deficientes apesar dos esforços da equipe de saúde que busca melhorar esses indicadores. Vários fatores contribuem, sendo os mais prevalentes a distância, a visita domiciliar insuficiente e a pouca autonomia da comunidade em seu autocuidado.

Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal e puerpério deveríamos trabalhar mais na educação em saúde, ampliar as visitas

domiciliares, facilitar o acesso a toda a população e enfatizar a importância quanto à autonomia e autocuidado dos próprios usuários.

Além disso, não contamos com sala de vacinação como já mencionado, sendo estas realizadas no centro do município, com pouca frequência no horário dos ônibus o que leva, muitas vezes, ao atraso na imunização, assim como atraso nas consultas e na realização de exames laboratoriais pela dificuldade no deslocamento como já foi mencionado.

Ainda, verifica-se que é necessário realizar uma busca ativa de gestantes para ampliar a cobertura e as captações precoces e organizar o trabalho para que as puérperas sejam acolhidas tanto pela médica como pela enfermeira nos primeiros sete dias pós-parto. Neste aspecto, as ACS têm um papel muito importante, pois são as responsáveis pela busca das gestantes e puérperas garantindo, assim um atendimento de qualidade.

Em relação à cobertura, segundo as estimativas do CAP teríamos um total de 42 gestantes, mas acompanhadas apenas 32 (77%). Das acompanhadas, a todas foram solicitados os exames laboratoriais na primeira consulta, e estão com as vacinas em dia conforme os protocolos e receberam orientação para aleitamento materno exclusivo. Apesar de não contarmos com sala de vacina a equipe trabalha na conscientização da importância da imunidade, alcançando ótimos resultados apesar da pouca acessibilidade pela distância e frequência de ônibus.

Quanto ao controle do câncer de colo de útero e a coleta de exames preventivos ainda não são realizados na UBS por não contar com a estrutura física adequada. São realizados na UBS mais próxima pela enfermeira uma vez por semana, em um único turno, com agendamento prévio. Os atendimentos são registrados de forma adequada no livro de registro dos exames, na UBS onde foram realizados e no prontuário em nossa UBS. As mulheres são orientadas a retornar para retirada dos resultados e avaliação na nossa unidade.

A equipe de saúde trabalha arduamente na prevenção primária, por meio da intervenção no meio ambiente e em seus fatores de risco, como o estímulo ao sexo seguro, correção das deficiências nutricionais e diminuição da exposição ao tabaco, mas isso não é suficiente, pois de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), quando o rastreamento apresenta boa cobertura (80%) e é

realizado dentro dos padrões de qualidade, modifica efetivamente as taxas de incidência e mortalidade por esse câncer.

A primeira medida a ser tomada é trabalhar para dispor dos recursos materiais (lugar físico com condições adequadas) para que a citologia oncótica seja realizada na UBS, facilitando assim uma maior cobertura da população, seguimento e controle da mesma. Assim como garantir maior acessibilidade ao serviço de saúde e evitar deslocamentos às unidades de saúde mais distantes.

Estamos trabalhando arduamente no desenvolvimento de atividades de orientação para aquelas mulheres que por dificuldades não realizam este exame de forma periódica, além de identificarmos as que nunca fizeram, explicamos a importância do diagnóstico precoce da doença.

Em relação à cobertura, segundo as estimativas do CAP teríamos um total de 766 mulheres entre 25 e 64 anos, mas residentes e acompanhadas pelo serviço temos um total de 405 (53%). Dentre as mulheres acompanhadas 372 (92%) estão com os exames citopatológicos em dia; 100% estão com orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). No entanto, temos 11 (3%) que apresentaram resultados alterados e 21 (5%) se encontram com exames citopatológicos com mais de seis meses de atraso.

Em relação ao câncer de mama a prevenção é uma grande aliada para diminuir de forma significativa a morbimortalidade pela doença. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o tumor na mama está entre os dois de maior incidência, sendo cada vez mais frequente entre as mulheres, devido ao estilo de vida de hoje em dia. A cada ano, milhares de novos casos são diagnosticados, sendo que os maiores índices de mortalidade estão no Rio Grande do Sul, com 76 em cada 100 mil casos, enquanto a média nacional é de 44 em cada 100 mil casos (INCA 2011).

Com base nessas estimativas, um importante trabalho de conscientização e prevenção vem sendo realizado em nossa UBS, já que segundo a OMS a detecção precoce por meio do autoexame clínico e/ou da mamografia, aumenta consideravelmente as chances de cura. Assim como combater os fatores de risco como a diminuição da gordura endógena e a consequente redução de peso corporal além de uma dieta rica em vitamina E, evitar o ganho de peso

principalmente após a menopausa e, ainda, orientação geral de que toda mulher após os 20 anos deve aprender a fazer mensalmente o autoexame das mamas.

O tipo de rastreamento do câncer de mama é oportunístico. Os atendimentos às mulheres que realizam mamografias são registrados somente em prontuários clínicos, não temos arquivo específico para o registro dos resultados das mamografias, não existem profissionais que se dediquem ao planejamento, gestão e coordenação das ações de controle de câncer de mama.

Em relação à cobertura, segundo as estimativas do CAP teríamos um total de 287 mulheres entre 50 e 69 anos. O serviço de saúde acompanha um total de 248 (86%). Dentre as acompanhadas, 196 (79%) estão com mamografia em dia, 248 (100%) receberam orientação sobre prevenção do câncer de mama e possuem avaliação de risco; 52 (21%) está com mais de 3 meses de atraso na realização da mamografia. Ainda é necessária a finalização do cadastramento para que o trabalho possa ser organizado e o acompanhamento desta parcela da população possa ser mais efetivo.

Isso, de certa forma, impossibilita o conhecimento em profundidade dos resultados, mas estamos trabalhando neste sentido, planejando estratégias para aumentar os indicadores deste programa.

Em relação à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) apesar de apresentar alta prevalência em nossa UBS (38%), ainda existe uma grande porcentagem de indivíduos que desconhecem serem portadores de HAS. Dos usuários que sabem do diagnóstico, cerca de 40% ainda não estão em tratamento. Além disso, apenas uma pequena parcela dos usuários está com os níveis de pressão arterial devidamente controlados. Esta realidade ainda é anterior à implementação do programa Mais Médicos, pois a UBS somente funcionava duas vezes na semana, basicamente para a demanda espontânea dos casos agudos.

Segundo as estimativas do CAP teríamos um total de 621 usuários com hipertensão com 20 anos ou mais na unidade. No entanto, em nossa UBS temos apenas um total de 248 usuários com hipertensão com 20 anos ou mais residentes e acompanhados na unidade. Destes, 232 possuem realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico; 16 estão em atraso da consulta agendada em mais de sete dias; 76 estão com os exames periódicos em

dia; 232 possuem orientação quanto à prática de atividade física e orientação nutricional para alimentação saudável e 54 estão com a avaliação bucal em dia.

Esses dados mostram a importância do rastreamento, diagnóstico e tratamento oportuno para mudar a realidade de alta morbimortalidade devido a HAS. Nosso trabalho iniciou recentemente, mas acreditamos que com esforço e dedicação conseguiremos melhores resultados.

Um dos fatores limitantes está associado à acessibilidade da população ao serviço de saúde pela distância entre as casas e a UBS, incrementado pela dificuldade da equipe realizar as visitas domiciliares por falta de transporte. Isto contribui ao fracasso da identificação de portadores assintomáticos, abandono do tratamento associado, muitas vezes, a dificuldades no deslocamento assim como desconhecimento das consequências da doença.

Acreditamos que ao recebermos um meio de transporte (previsto para os próximos dias) poderemos chegar a toda a população pertencente à área de abrangência implementando a educação em saúde, favorecendo o autocuidado, assim como realizar um rastreamento adequado, diagnóstico precoce e tratamento oportuno dos usuários com HAS.

Quanto aos usuários com diabetes, a estimativa do CAP é de 178 usuários com 20 anos ou mais, mas nossa unidade possui 96 usuários residentes e acompanhados. Destes, 89 apresentam realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico; sete estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias; 64 estão com os exames complementares periódicos em dia; 89 com o exame físico dos pés nos últimos três meses em dia, com palpação dos pulsos tibial posterior e pediosa nos últimos três meses, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos três meses, com orientação sobre prática de atividade física regular e com orientação nutricional para alimentação saudável e 32 com avaliação de saúde bucal em dia.

O Diabetes Mellitus também é um problema de Saúde Pública prevalente e em ascendência no mundo, no Brasil e em nossa UBS, com elevado ônus social e econômico, cujo diagnóstico é desconhecido em metade dos indivíduos portadores. Segundo a OMS, atinge, em média, 246 milhões de pessoas no mundo, com status de epidemia agravado devido ao crescimento e ao

envelhecimento populacional, a maior urbanização, a crescente prevalência de obesidade e sedentarismo bem como a maior sobrevida do usuário com DM.

A prevalência do DM não diagnosticada em nossa UBS é alta, pois muitos indivíduos têm evidência de complicações microvasculares no momento do diagnóstico clínico, uma porcentagem baixa dos diagnosticados apresentam um bom controle metabólico, tudo isto é influenciado conforme abordado anteriormente no tópico de HAS.

A implementação de estratégias como um rastreamento adequado, diagnóstico precoce e tratamento oportuno, garantindo mudanças efetivas no estilo de vida, maior educação em saúde e conscientização da população em relação à doença, representam um desafio para a unidade de saúde, em razão da carga de sofrimento, incapacidade, perda de produtividade e morte prematura provocada pelo DM.

A atenção à saúde dos idosos é dispensada em dois dias por semana no turno da manhã, pela médica clínica geral. Após a consulta o idoso sai com o retorno agendado. Não temos idosos fora da área de cobertura em acompanhamento na unidade. Durante as consultas são desenvolvidas ações para o cuidado aos idosos tais como promoção de atividades físicas, hábitos alimentares saudáveis, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo.

Utilizamos protocolo de atendimento do MS para idoso e também se utilizam protocolos para regular o acesso dos idosos a outros níveis do sistema de saúde. Sempre se explica ao idoso e/ou a seus familiares como reconhecer sinais de risco relacionados aos problemas de saúde de maior prevalência em idosos tais como HAS, DM e depressão.

Os atendimentos aos idosos são registrados nos prontuários e na caderneta de saúde da pessoa idosa. Esta caderneta é solicitada e preenchida em cada consulta por todos os profissionais da unidade, atualizando todas as informações como vacinas, controle de Pressão Arterial (PA), peso, glicemia, assim como a data da próxima consulta programada segundo o calendário do ministério de saúde.

Contamos com profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos, o que é essencial para que a equipe possa planejar e avaliar qualquer ação programática da unidade.

Segundo as estimativas do CAP teríamos um total de 380 usuários com 60 anos ou mais na unidade. No entanto, em nossa UBS temos apenas um total de 296 usuários com 60 anos ou mais residentes e acompanhados. Destes, 296 possuem caderneta de saúde da pessoa idosa, avaliação multidimensional rápida, orientação quanto à prática de atividade física e orientação nutricional para alimentação saudável e apenas 57 estão com a avaliação bucal em dia; 243 tem acompanhamento em dia; 174 possuem HAS e 112 são diabéticos.

Esses dados mostram a importância do rastreamento, diagnóstico, tratamento e acompanhamento oportuno da pessoa idosa para a otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.

A terceira idade por ser a última etapa da vida não tem que ser a pior. Cabe aos profissionais de saúde promover modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividade física no cotidiano e no lazer, a prevenção às situações de violência familiar e urbana, a prevenção de doenças, a cura e reabilitação adequada. Desta forma, estas medidas contribuirão para o alcance de um envelhecimento que signifique também um ganho substancial em qualidade de vida e saúde.

Acreditamos que a partir do momento que conseguirmos realizar visitas regulares a toda a população pertencente à área de abrangência poderemos implementar educação em saúde, favorecendo, assim, o autocuidado, assim como realizar um rastreamento adequado, diagnóstico precoce e tratamento oportuno dos idosos com doenças crônicas não transmissíveis, tendo em conta os fatores biológicos, psicológicos e sociais que permitem evitar ou postergar a fragilidade dos idosos. Assim, também diminuir a ocorrência de declínio funcional, quedas, hospitalizações e morbimortalidade ganhando em qualidade de vida e saúde para os idosos.

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

Analisando o mencionado anteriormente destaca-se que os maiores desafios que temos são, em primeiro lugar, melhorar os indicadores de saúde da população adstrita à unidade. Em segundo, fortalecer a prevenção e promoção da

saúde. Em terceiro, diminuir a incidência de doenças crônicas não transmissíveis, trabalhando sobre os fatores de riscos, fortalecendo o trabalho educativo em grupos com maior risco que são os adolescentes, usuários de drogas e álcool. Também organizar os atendimentos aos idosos e garantir uma avaliação de risco, fazer promoção e captação para as consultas de puericulturas e pré-natal, entre outros.

Acreditamos que com o trabalho do dia-a-dia, especialmente com a união da equipe, conseguiremos que a atenção básica de saúde seja um sucesso em nosso serviço. Após esta análise situacional exaustiva e detalhada durante várias semanas em minha Unidade, considero em relação à tarefa da segunda semana de ambientação quanto à situação da ESF em meu serviço que existe uma grande diferença.

Agora tenho outra visão, já que muitas coisas mudaram e, por meio desta análise abordei muitas temáticas de interesse que me permitiram refletir sobre a importância do conhecimento de minha população e seus problemas, condições culturais, econômicas e sociais, observando algumas potencialidades quanto às mudanças, pois a partir do novo cadastramento, a equipe encontrar-se-á muito mais engajada com a população adstrita, realizando a busca ativa daquelas pessoas que precisam de atendimento domiciliar.

Ainda, além de identificar e orientar a outros que precisam de atendimento imediato, estamos trabalhando fortemente para melhorar as formas de registros de todas as ações desenvolvidas na Unidade. Para isso, já foram reorganizados os arquivos para o armazenamento dos prontuários, mas continuamos trabalhando neste sentido. Aumentamos o número de reuniões da equipe para construirmos a agenda de trabalho, organizamos os processos, discutimos casos clínicos vistos durante a semana e os casos que foram trazidos pelos ACS. Na Unidade, apesar de não contar com as condições estruturais favoráveis, nossa equipe vem intensificando e fortalecendo as ações educativas que a população não dava importância.

Assim, tem se fortalecido os vínculos entre a equipe de saúde e a população. Percebe-se que há maior capacidade para poder planejar ações encaminhadas a fim de melhorar a saúde da população. Sabemos que ainda há

um trabalho muito grande a ser realizado, mas temos certeza de que todos juntos iremos alcançar resultados muito positivos.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Tanto a hipertensão como o diabetes são considerados problemas relevantes de saúde pública. A hipertensão é uma doença silenciosa que atinge cerca de 26% da população adulta mundial, mais de 50% na terceira idade e 5% das crianças e adolescentes. Esta patologia é responsável por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vasculares cerebrais e 25% dos casos de insuficiência renal terminal. Ainda, por 59% dos óbitos no mundo, chegando a 75% das mortes nos países das Américas e Caribe, com um importantíssimo impacto econômico e social. Não é em vão que é conhecida como a “Assassina Silenciosa” (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2010).

O Diabetes Mellitus também é considerado um problema com elevado ônus social e econômico, cujo diagnóstico é desconhecido em metade dos indivíduos portadores. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) esta patologia atinge 246 milhões de pessoas no mundo com status de epidemia agravada devido ao crescimento e ao envelhecimento populacional, a maior urbanização, a crescente prevalência de obesidade e sedentarismo bem como a maior sobrevivência do usuário com DM. As estatísticas apontam que o número de casos deve se multiplicar até 2030, podendo chegar aos 300 milhões de pessoas com DM. No Brasil, segundo estimativas da OMS, o número de com diabetes chegará a 11,3 milhões de casos.

O serviço de Saúde Alto Alegre pertence ao município de Cerrito, localizado no interior do estado do Rio Grande do Sul, a 315 km da capital estadual, Porto Alegre. A população, atualmente é de aproximadamente 6.928 habitantes (IBGE, 2013). A Unidade de saúde fica localizada na área rural, situada a 16 km do município e seu modelo de atenção é ESF, sob gestão plena

do município e totalmente vinculada ao SUS. A unidade conta apenas com uma equipe de saúde composta por uma médica clínica geral, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma ASG e dois ACS. A unidade de saúde é uma casa adaptada para o funcionamento da UBS que apresenta muitas deficiências quanto a sua estrutura física. Sendo esta provisória até a finalização do projeto de construção da nova unidade.

Do total de 2.780 usuários residentes em nossa área de abrangência 621 são portadores de hipertensão. No entanto, em nossa UBS apenas um total de 248 (40%) usuários com hipertensão residentes e acompanhados na unidade. Destes, 232 (94%) possuem realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico e orientação quanto à prática de atividade física, orientação nutricional para alimentação saudável; 76 (30%) estão com os exames periódicos em dia; 54 estão com a avaliação bucal em dia; 16 (6%) estão em atraso da consulta agendada em mais de sete dias.

Como podemos observar temos uma alta prevalência de usuários com diagnóstico de HAS, mais ainda há uma grande porcentagem de indivíduos que desconhecem serem portadores desta doença. Dos usuários com diagnóstico, cerca de 40% ainda não estão em tratamento. Além disso, apenas uma pequena parcela dos usuários está com os níveis pressóricos devidamente controlados.

Quanto aos usuários com diabetes, a estimativa é de 178 usuários com 20 anos ou mais, mas nossa unidade possui somente 96 (54%) usuários residentes e acompanhados. Destes, 89 (93%) apresentam realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico; estão com o exame físico dos pés nos últimos 3 meses em dia, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 3 meses, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses, com orientação sobre prática de atividade física regular e com orientação nutricional para alimentação saudável; 64 (67%) estão com os exames complementares periódicos em dia; 7 (7%) estão com atraso da consulta agendada em mais de sete dias e 32 (33%) com avaliação de saúde bucal em dia.

Esses dados mostram a importância de uma intervenção imediata a fim de qualificar esta ação melhorando os indicadores, garantindo uma melhor qualidade de vida além de diminuir a alta morbimortalidade e o impacto social ocasionado pela HAS e a DM. A implementação de estratégias como rastreamento adequado,

diagnóstico precoce e tratamento oportuno, garantindo mudanças efetivas no estilo de vida, maior educação em saúde e conscientização da população em relação a doença, representam um desafio para a unidade de saúde, em razão da carga de sofrimento, incapacidade, perda de produtividade e morte prematura que provocam estas doenças.

Entretanto, a dificuldade de acessibilidade da população ao serviço de saúde devido à distância entre as casas e a UBS torna-se um fator limitante, pois isso contribui para a não identificação de portadores assintomáticos, abandono do tratamento e desconhecimento das consequências da doença por parte dos usuários. Além da falta de acessibilidade da população ao serviço também temos dificuldades em realizar visitas domiciliares, por falta de transporte.

A proposta da intervenção é focar em rastreamento, diagnóstico e tratamento oportuno. Realizar busca ativa de indivíduos com fatores de risco para desenvolvimento de HAS e DM, assim como investigação dos sintomas em portadores assintomáticos, conscientização sobre a importância de modificar estilos de vida, manutenção do tratamento e seguimento adequado.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde da pessoa com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus na UBS Alto Alegre, Cerrito/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 – Ampliar a cobertura ao usuário com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção ao usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica e ao usuário com Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos usuários com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção ao usuário com Hipertensão Arterial Sistêmica e ao usuário com Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

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

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

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

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

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 3.2: Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

Objetivo 5 – Mapear usuários com hipertensão e com diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

Objetivo 6 – Promover a saúde de usuários com hipertensão e com diabetes.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto foi estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas e visa aprimorar e organizar as ações de prevenção e controle da HAS e DM em usuários pertencentes à Unidade de Saúde Alto Alegre do município de Cerrito/RS. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em

consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção de resultados. Serão convidadas a participar da intervenção a população estimada de 621 pessoas estimadas com hipertensão e/ou as 178 pessoas estimadas com diabetes mellitus pertencentes à área de cobertura da unidade.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a usuários com hipertensão e/ou com diabetes.

Meta 1.1 - Cadastrar 80% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: O monitoramento será realizado em conjunto com a equipe de saúde da unidade por meio de relatórios, observando os registros específicos, cada 15 dias nos primeiros quatro meses, cada mês nos seguintes seis meses para realizar uma atualização e avaliação mais rigorosa destes registros.

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

Detalhamento: Definir as atribuições de cada membro da equipe no Programa. Ter em dia o cadastro de todos os usuários com hipertensão e/ou com diabetes (em andamento sob responsabilidade dos ACS). Atendimento de livre demanda para a verificação da pressão arterial a todos os usuários, com

atendimento no mesmo turno em que buscarem pelo serviço na UBS e agendamento de consulta para retorno dando, assim continuidade ao tratamento e mantendo o vínculo com o usuário.

Engajamento Público: 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 e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Esclarecer para toda a comunidade sobre o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; informar a comunidade sobre a importância de verificar a pressão arterial informando sobre a periodicidade preconizada pelo MS; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, mediante atividades grupais mensalmente, através de rodas de conversa, exposição de cartazes abordando o tema, compartilhando experiências, assim como ouvir opiniões de como melhorar o serviço e atrair mais usuários as nossas atividades.

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

Detalhamento: Capacitaremos os ACS por meio de palestras em reuniões mensais da equipe para o cadastramento de usuários com hipertensão e/ou diabetes de toda área de abrangência da unidade de saúde e a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão sustentada maior que 135/80 mmHg..

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade da atenção a usuários com hipertensão e/ou com diabetes.

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

Meta 2.2 – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos com diabetes.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Em cada consulta realizar o exame físico adequado dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, o qual deverá ser registrado em prontuário e avaliado mensalmente.

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

Detalhamento: Garantir a realização do exame clinica aos usuários com hipertensão e/ou diabetes de acordo as capacidades de cada integrante da equipe. Capacitar os profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde mediante palestras realizadas mensalmente nas reuniões da equipe.

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

Detalhamento: Mediante reuniões mensais com os usuários, durante a consulta e também na associação comunitária fornecer orientações quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou do diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

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

Detalhamento: Realizar capacitação da equipe de saúde para a realização do exame clínico de acordo com o protocolo do MS.

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

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Monitoraremos o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde assim como o número de usuários com hipertensão com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, elaborando relatórios mediante observação dos registros específicos, mensalmente nos primeiros quatro meses, e cada dois nos seguintes seis meses.

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

Detalhamento: solicitar os exames complementares de acordo ao protocolo do MS, agilizando a realização dos mesmos.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto à importância da realização de exames complementares assim como a periodicidade com que devem ser realizados os mesmos.

Detalhamento: Manteremos informados os usuários e a comunidade quanto à necessidade da realização de exames complementares assim como quanto a periodicidade com que devem ser realizados os mesmos, por meio das

nossas reuniões, entrega de folder informativo, por meio da associação comunitária, nas visitas domiciliares e durante as consultas.

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

Detalhamento: capacitar a equipe de saúde mediante palestras em reuniões mensais, para a solicitação de exames complementares tendo como referencia o protocolo adotado.

Meta 2.5 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde.

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: monitor mediante registro mensal o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular.

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

Detalhamento: Realizar mensalmente o controle de estoque de medicamentos incluindo a validade, registrando as necessidades de medicamentos dos usuários com hipertensão cadastrados na unidade de saúde. O responsável pelo controle será o técnico de enfermagem.

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

Detalhamento: Manter informados os usuários e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso por meio das reuniões, entrega de

folder informativo, por meio da associação comunitária, nas visitas domiciliares e durante as consultas.

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

Detalhamento: Capacitar a equipe de saúde quanto ao tratamento da hipertensão e/ou do diabetes e sobre as orientações aos usuários quanto às alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Meta 2.7 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com hipertensão.

Meta 2.8 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos com diabetes.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar os usuários com hipertensão e/ou diabetes que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Fazer um exame odontológico básico em todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes e providenciar o encaminhamento adequado se for necessário tendo em conta a disponibilidade do profissional (atualmente ausente na unidade)

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

Detalhamento: Fazer o encaminhamento adequado dos usuários com hipertensão e/ou diabetes avaliados que tenham necessidade de atenção odontológica tendo em conta a disponibilidade do profissional (atualmente ausente na unidade)

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Manteremos informados os usuários e a comunidade quanto à importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos usuários com hipertensão e/ou diabetes por meio das reuniões, entrega de folder informativo, por meio da associação dos comunitários, nas visitas domiciliares e durante as consultas.

Qualificação da Prática Clínica: capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: capacitar a equipe para avaliar a necessidade de atendimento odontológico dos usuários com hipertensão e/ou diabetes em reuniões mensais.

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou com diabetes ao programa

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

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo, elaborando relatórios mediante observação dos registros específicos, mensalmente nos primeiros quatro meses e cada dois meses nos seguintes seis meses após a conclusão da intervenção.

Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os usuários com hipertensão e/ou diabetes provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Organizar a agenda para realizar visitas domiciliares em busca dos usuários com hipertensão e/ou diabetes faltosos assim como para acolher a demanda destes usuários que procuram o serviço pós busca ativa.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer

evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabetes (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer aos portadores de hipertensão e/ou diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Manter informados os usuários e a comunidade sobre a importância da realização das consultas e sua periodicidade por meio das reuniões, entrega de folder informativo, por meio da associação comunitária, nas visitas domiciliares e durante as consultas.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para a orientação de usuários com hipertensão e/ou diabetes quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: Capacitar os ACS mediante palestras nas reuniões mensais para a orientação de usuários com hipertensão e/ou diabetes quanto a realização das consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações

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

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de usuários com hipertensão e/ou diabetes acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Monitorar mediante a realização de relatório observando os registros específicos do número de todos os usuários com hipertensão e/ou diabetes acompanhados na unidade de saúde a cada 15 dias nos primeiros quatro meses e a cada mês nos seguintes seis meses subsequentes à intervenção.

Organização e gestão do serviço: Manter as informações do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) atualizadas; implantar a ficha de acompanhamento; pactuar com a equipe o registro das informações; definir responsável pelo monitoramento dos registros e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não

realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Manter as informações do SIAB atualizados. Implementar planilhas específicas de acompanhamento assim como pactuar com a equipe de saúde como será feito os registros das informações. Definir em reunião de equipe um responsável pelo monitoramento destes registros na primeira semana ao início da intervenção.

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

Detalhamento: Comunicar em cada contato que tivermos, sejam em reuniões mensais, na rádio comunitária, em visitas domiciliares e em consultas aos usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via, se necessário.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe quanto ao preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários com hipertensão e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: treinar a equipe de saúde da unidade para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Objetivo 5 – Mapear usuários com hipertensão e com diabetes de risco para doença cardiovascular

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

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

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Monitorar mediante a realização de relatório observando os registros específicos do número de usuários com hipertensão e/ou diabetes com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

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

Detalhamento: Identificar mediante a pesquisa de sinais de alerta os usuários com maior risco, estabelecendo acompanhamento diferenciado através de um aumento no número de consultas assim como de visitas domiciliares para conseguir um seguimento rigoroso destes usuários.

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

Detalhamento: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e quanto à importância do acompanhamento regular durante as reuniões mensais, em consultas e em visitas domiciliares. Estabelecer medidas de combate aos fatores de risco modificáveis como, por exemplo, alimentação saudável.

Qualificação da Prática Clínica: 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 e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Realizar capacitação da equipe de saúde mediante rodas de conversas para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo assim como da importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6 – Promover a saúde de usuários com hipertensão e com diabetes

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

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes que receberam orientações nutricionais consultando os registros específicos e os registros de atividades coletivas, elaborando relatórios nos primeiros quatro meses mensalmente, e cada dois meses nos seguintes seis meses subsequentes à intervenção.

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

Detalhamento: Garantir junto ao gestor prática coletivas sobre alimentação saudável envolvendo a participação de nutricionista.

Engajamento Público: Orientar usuários com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Orientar a usuários com hipertensão e/ou diabetes e a seus familiares sobre a importância da alimentação saudável em consultas, em reuniões mensais, por meio de folder informativo, mediante rodas de conversa, compartilhando experiências, afixar cartazes na UBS e também na rádio comunitária.

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

Detalhamento: Capacitar a equipe mediante rodas de conversas sobre práticas de alimentação saudável e sobre metodologias de educação em saúde.

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

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes que receberam orientações para realização de atividade física regular consultando os registros específicos e os registros de atividades coletivas, elaborando relatórios nos primeiros quatro meses mensalmente, e cada dois meses nos seguintes seis meses subseqüentes à intervenção.

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

Detalhamento: Garantir junto ao gestor práticas coletivas de atividade física envolvendo educadores físicos na mesma.

Engajamento Público: Orientar usuários com hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Orientar a usuários com hipertensão e/ou diabetes e a seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular por meio das reuniões mensais, folder informativo, rodas de conversa, compartilhando experiências, afixando cartazes na UBS, em consultas assim como na rádio comunitária.

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

Detalhamento: Capacitar a equipe mediante rodas de conversas sobre práticas de atividade física regular e sobre metodologias de educação em saúde.

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

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes que receberam orientações sobre riscos do tabagismo consultando os registros específicos e os registros de atividades coletivas, elaborando relatórios nos primeiros quatro meses mensalmente, e cada dois meses nos seguintes seis meses subsequentes à intervenção.

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

Detalhamento: Garantir junto ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Engajamento Público: Orientar os usuários com hipertensão e/ou diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Orientar aos usuários com hipertensão e/ou diabetes tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o vício em reuniões mensais, por meio de folder informativo, mediante rodas de conversa, compartilhando experiências, afixar cartazes na UBS, durante a consulta assim como também na voz comunitária.

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

Detalhamento: Capacitar a equipe mediante rodas de conversas sobre o tratamento de usuários tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde.

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

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

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Detalhamento: Monitorar o número de usuários com hipertensão e/ou diabetes que receberam orientações sobre higiene bucal consultando os registros específicos e os registros de atividades coletivas, elaborando relatórios nos

primeiros quatro meses mensalmente, e cada dois meses nos seguintes seis meses subseqüentes à intervenção.

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

Detalhamento: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível particularizado a cada um dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Engajamento Público: Orientar os usuários com hipertensão e/ou diabetes e a seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Orientar aos usuários com hipertensão e/ou diabetes e seus familiares sobre a importância da higiene bucal em reuniões mensais, distribuindo folder informativo, mediante rodas de conversa, compartilhando experiências, afixando cartazes na UBS, durante as consultas e também na voz comunitária.

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

Detalhamento: Capacitar a equipe mediante rodas de conversas sobre orientações de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1– Ampliar a cobertura ao usuário com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 80% dos usuários com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção ao usuário com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Indicador 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 Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Denominador: Número total de usuários com hipertensão residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção ao usuário com Hipertensão Arterial e/ou Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Indicador 1.2: 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 Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Denominador: Número total de usuários com diabetes residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

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

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

Numerador: Número de usuários com hipertensão com exame clínico apropriado

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na 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: Proporção de usuários com hipertensão com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados 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: Proporção de usuários com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

Denominador: Número de usuários com hipertensão e/ou diabetes com prescrição de medicamentos.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

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

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

Denominador: Número de usuários com diabetes com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.7: 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 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com diabetes.

Indicador 2.8: 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.

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de usuários com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% dos usuários com hipertensão faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Denominador: Número total de usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde faltosos às consultas.

Meta 3.2: Buscar 100% dos usuários com diabetes faltosos às consultas na Unidade de Saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Denominador: Número total de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 4.1: 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 cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 4.2: Proporção de usuários com hipertensão 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 cadastrados na Unidade de Saúde.

Objetivo 5 – Mapear usuários com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com hipertensão cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 5.1: 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 cadastrados na Unidade de Saúde.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

Indicador 5.2: 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 cadastrados na Unidade de Saúde.

Objetivo 6 – Promover a saúde de usuários com hipertensão e/ou diabetes.

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

Indicador 6.1: 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 cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Indicador 6.2: 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 cadastrados 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: 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 cadastrados 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: 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 cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Indicador 6.5: 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 cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Indicador 6.6: 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 cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Indicador 6.7: 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 cadastrados na Unidade de Saúde.

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

Indicador 6.8: Proporção de usuários com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com diabetes cadastrados na Unidade de Saúde.

2.3.3 Logística

Para a realização da intervenção relacionada à melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes serão utilizados os Cadernos de Atenção Básica “Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica - Diabetes mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica” do Ministério da Saúde, 2013.

Serão utilizados para o registro dos usuários os prontuários de atendimento regular que desde o começo do nosso trabalho tem sido atualizado com mudança na estrutura, mas o formulário não prevê a coleta de informações sobre o acompanhamento de saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes,

dificultando observar à falta de usuários nas consultas. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, a médica identificará cada usuário com hipertensão e/ou diabetes com uma cor para cada patologia na história clínica e também para facilitar a coleta de dados e o monitoramento vamos usar a ficha-espelho disponibilizada pelo curso (Anexo C).

Com a intervenção estimamos alcançar 80% dos usuários portadores de hipertensão e/ou diabetes. Faremos contato com o gestor para solicitação dos materiais necessários, como impressão da ficha-espelho que será utilizada para monitoramento e coleta de dados para lançamento posterior na Planilha de coleta de dados, também disponibilizada pelo curso (Anexo B).

Para organizar o registro específico do programa, a médica será encarregada de identificar na consulta, os usuários com as patologias em estudo. Como o atendimento é ainda por demanda espontânea, após a consulta serão identificadas e registradas informações disponíveis do prontuário para ficha espelho. O monitoramento e avaliação das fichas serão feitos mensalmente pela equipe previamente capacitada, os três integrantes da equipe serão encarregados pelo preenchimento das informações; a secretária pelos dados gerais dos usuários, a técnica de enfermagem pelo registro dos sinais vitais, peso e medida e a médica pelos procedimentos clínicos que realizar podendo esta ordem apresentar alguma alteração ou modificação de acordo a evolução da intervenção.

Criar um arquivo específico comum para os usuários com hipertensão e/ou diabetes para registro dos dados e com estes dados alimentar os prontuários novos e os já existentes para monitoramento. A responsabilidade de preenchimento destes dados será de todos os membros da equipe após qualquer procedimento prestado aos usuários na unidade. Também utilizaremos as planilhas outorgadas pelo curso, além dos prontuários disponíveis na unidade. A secretária contará com uma agenda específica para registros de consultas agendadas, retornos, nome dos faltosos, entre outras informações pertinentes. Solicitaremos materiais e equipamentos à Secretaria de Saúde do município para trabalhar efetivamente na qualificação da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Em cada consulta realizaremos o exame físico adequado tanto para os usuários com hipertensão e/ou diabetes, mantendo um adequado controle. Solicitaremos exames laboratoriais segundo protocolos para todos os usuários avaliados com a regularidade estipulada pelo protocolo e pesquisaremos outras comorbidades em ambos os usuários na busca do controle metabólico, além da pesquisa de outras possíveis alterações que possam apresentar. Em usuários, tanto com hipertensão e/ou diabetes, que apresentarem alterações nos exames realizados, solicitaremos novos exames para controle, segundo o tratamento ou a conduta indicada para cada caso.

Indicaremos a manter controles com a periodicidade estipulada para cada doença e faixa etária. Realizaremos um exame odontológico básico em geral aos usuários com hipertensão e/ou diabetes e solicitaremos o encaminhamento adequado tendo em conta a disponibilidade do profissional. (atualmente ausente na unidade).

Manteremos o controle periódico dos usuários com hipertensão e/ou diabetes por meio de consultas atualizadas e conforme periodicidade recomendada, seja esta semanal, quinzenal, mensal ou trimestral, segundo o estado de saúde de cada um, avaliando a continuidade do atendimento. Manteremos atualizados os registros, com os controles destes periodicamente, avaliando a qualidade e corrigindo os erros segundo as novas experiências e situações que produzirá a realização desta tarefa.

Realizaremos o seguimento de cada usuário com hipertensão e/ou diabetes avaliando fatores de risco cardiovascular, com a periodicidade recomendada para sua doença. Após realizaremos a orientação alimentar aos usuários com hipertensão e/ou diabetes, solicitando encaminhamento para complementar as indicações para uma boa alimentação com a nutricionista que presta atendimento na unidade.

Monitoraremos o seguimento e cumprimento das indicações nos resultados dos controles, tendo em conta a disponibilidade dos recursos e situação econômica real da pessoa. Informaremos quanto à importância da realização de prática regular de atividade física, assim como destacaremos os riscos do tabagismo para os usuários com hipertensão e/ou diabetes. Além disso, forneceremos orientações e monitoramento quanto à higiene bucal para os

usuários com hipertensão e/ou diabetes avaliados em consulta clínica na unidade pela médica especializanda.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus são considerados sérios problemas de saúde na nossa comunidade, no Brasil e no mundo. Isso é fundamentado pela alta incidência, mortalidade e incapacidade verificada entre os portadores destas doenças, assim como o elevado custo social e econômico que ocasionam para o sistema de saúde, motivo pelo qual realizamos um processo de intervenção em saúde objetivando aumentar a cobertura dos usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Destacamos que a intervenção teve início somente no mês de agosto com término no mês de novembro do ano de 2015 em virtude do período de licença maternidade da especializanda de fevereiro a julho do mesmo ano acrescido do período de férias durante o mês de julho a agosto, mas não houve prejuízos para a comunidade.

É inegável os índices que são exibidos na nossa área de saúde e que não são nada alentadores e que exigem um correto manejo destas doenças crônicas não transmissíveis (HAS e/ou a DM) e isso nos leva a refletir no adequado manejo do assunto através das funções básicas da UBS.

Com a realização do processo de intervenção conseguimos aumentar a cobertura dos usuários com hipertensão e/ou diabetes assim como melhorar a qualidade das consultas o que no inicialmente foi muito, mas muito difícil mesmo; já que até a chegada da médica (eu) pelo Programa Mais Médico para o Brasil, a UBS somente contava com um médico por um período de duas horas, uma ou no máximo duas vezes na semana. O atendimento era apenas por demanda espontânea, assim as pessoas acostumaram a procurar o médico somente quando estivessem muito doentes, porque além de ter que esperar muito tempo

para poderem ser atendidos (geralmente passando a madrugada na Unidade sem conseguir ficha), adicionava-se a dificuldade do deslocamento, pela escassa frequência de linha de ônibus na região, a grande distância das casas dos usuários até a UBS, entre outras dificuldades.

Chama a atenção que antes da intervenção a percepção do risco pelos usuários das doenças anteriormente mencionadas era muito baixa, o que se fundamenta no número elevado de faltosos às consultas e que inicialmente o maior número de atendimentos clínicos era realizado no momento das visitas domiciliares.

Começamos assim um longo trabalho em equipe, inicialmente atualizando o cadastro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes e, para isso contamos com a ajuda dos ACS e da enfermeira. Foram elaborados os materiais básicos para a implementação da intervenção como programas de capacitação para todos os membros da UBS, programas de educação para a saúde para os usuários com HAS e/ou DM realizados nos grupos de encontros com portadores de hipertensão e/ou diabetes assim como divulgação em programas de rádio e na igreja local. Foi elaborado material de apoio para coleta de dados como planilha de coleta de dados, ficha-espelho, aplicativo para cálculo de risco cardiovascular através do Escore de risco de Framingham. Os resultados foram apresentados em gráficos com a finalidade de análise mais aprofundada com discussão dos mesmos.

Foi realizada uma intensa busca ativa dos usuários faltosos às consultas por parte dos ACS e conseguimos implementar as visitas domiciliares, pois as mesmas não eram realizadas porque não havia um veículo à disposição para isso.

Iniciamos reuniões mensais com a equipe de saúde para discutir as dificuldades encontradas, os casos que necessitavam de maior atenção por parte da equipe por serem preocupantes e ouvir as sugestões para melhorar nosso trabalho foram imprescindíveis para a melhoria da qualidade do atendimento. Às reuniões, incorporamos também o secretário de saúde do município para que o mesmo pudesse tomar conhecimento das necessidades da comunidade bem como do trabalho realizado pela equipe para conseguirmos mudar nossos indicadores de saúde. Assim conseguimos implementar a realização de visitas domiciliares, a participação da nutricionista uma vez ao mês, a disponibilização de

medicamentos na UBS, pois a farmácia mais próxima fica a 18 km da unidade de saúde. Também realizamos contato com os líderes da comunidade, que colaboraram muito nas atividades de educação e prevenção bem como tivemos a participação do pastor da igreja que disponibilizou um tempo para participar das reuniões de equipe uma vez ao mês interagindo com os membros da mesma. Na UBS realizamos e continuamos a realizar atividades como “café da manhã saudável”, atividades de grupo, entre outras.

Ainda estamos enfrentando muita dificuldade para conscientizar as pessoas sobre a importância de manterem controles periódicos, hábitos dietéticos saudáveis, realizarem atividade física regular, mais foi possível constatar que por meio do processo de intervenção conseguimos aumentar a percepção do risco de padecer de HAS e/ou DM, obtendo um melhor manejo e controle das mesmas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Uma das ações previstas para a intervenção não desenvolvidas foi a avaliação odontológica dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, pois o serviço odontológico mais próximo fica a 18 km, somado as dificuldades de deslocamento e horários de atenção impossibilitou a assistência dos usuários. Mas, estamos ofertando orientações sobre como manter uma adequada higiene bucal e sobre a importância do tratamento de problemas dentários, especialmente em usuários diabéticos durante a avaliação clínica individual.

A obra para a nova Unidade de Saúde ainda continua em andamento, mas o secretário da saúde assegurou que uma vez finalizada contará com um serviço odontológico e melhores condições para a população, já que atualmente a UBS é uma casa alugada adaptada para o funcionamento da Unidade de Saúde com as mínimas condições para o trabalho da equipe.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não apresentamos grandes dificuldades na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, já que antes de iniciarmos a intervenção as

planilhas foram estudadas por todos os membros da equipe de saúde e todos foram capacitados para o adequado preenchimento das mesmas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Já foi avaliada a necessidade da incorporação das ações desenvolvidas durante a intervenção à rotina do serviço. Contamos com o apoio dos ACS para a atualização do registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes uma vez ao mês assim como a realização da busca ativa de usuários faltosos às consultas, reforçado com as visitas domiciliares que são realizadas uma vez por semana. Continuaremos com as atividades de educação e prevenção por meio do grupo de usuários com hipertensão e/ou diabetes, com a ajuda dos líderes da comunidade, cartazes e programas de rádio (que tem grande audiência nesta região) facilitados pelo Secretário de Saúde e com a participação da médica, da enfermeira e da nutricionista. Pretendemos no futuro não muito distante incorporar um educador físico e formar círculos para atividade física ao ar livre, o que serviria também como lazer diminuindo o alto índice de depressão associado aos usuários portadores de doenças crônicas.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A intervenção em saúde realizada na UBS Alto Alegre no município de Cerrito/RS entre os meses de agosto e novembro de 2015 teve como objetivo melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e com diabetes mellitus estimadas para a área de cobertura da unidade. Para a realização da intervenção contamos com o apoio de todos os membros da equipe de saúde que trabalharam incansavelmente para alcançar as metas propostas para melhorar a qualidade de vida desta parcela da população. A seguir, apresentaremos os resultados alcançados durante a intervenção.

Objetivo 1– Ampliar a cobertura de atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 80% das pessoas com hipertensão da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção saúde das pessoas com hipertensão na unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 80% das pessoas com diabetes da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção à saúde das pessoas com diabetes na unidade de saúde.

A estimativa de pessoas com hipertensão para a área de cobertura da unidade era de 423 pessoas com 20 anos ou mais segundo a planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso. Ao final da intervenção alcançamos 185

peças com hipertensão perfazendo 43,7% de cobertura do Programa de atenção à saúde das peças com hipertensão. Conforme a **Figura 1**, no primeiro mês da intervenção a cobertura alcançou 9,9%, ou seja, 42 peças com hipertensão cadastradas e avaliadas. No segundo mês chegamos a 24,1%, ou seja, 102 peças com hipertensão foram avaliadas pelo Programa e no terceiro mês alcançamos um total de 43,7% perfazendo 185 peças com hipertensão cadastradas e avaliadas.

A estimativa de peças com diabetes mellitus para a área de abrangência era de 104 peças com 20 anos ou mais segundo a Planilha de Coleta de dados disponibilizada pelo curso. Conforme a **Figura 2**, ao longo do primeiro mês 10,6% (11) de peças com diabetes foram cadastradas e avaliadas pelo serviço, no segundo mês alcançamos 26,0% (27) de peças com diabetes e durante o terceiro mês chegamos a 56,7% (59) de peças com diabetes mellitus cadastrados e avaliados pelo serviço.

Analisando os dados percebe-se que a meta proposta inicialmente de alcançar 80% de cobertura não foi atingida e que ficou distante do proposto tanto para o grupo de peças com hipertensão quanto para o de peças com diabetes. As causas de não termos conseguido alcançar as metas podem ser justificadas pelo fato de contarmos com uma população basicamente sedentária, com hábitos dietéticos inadequados e que é muito resistente para mudar o estilo de vida além de possuíram baixa percepção do risco para o desenvolvimento das doenças, ausência de autocuidado, o que levou a um grande número de faltosos a consulta.

Até a chegada da médica (eu) pelo Programa Mais Médico para o Brasil, a UBS somente contava com um médico por um período de duas horas, uma ou no máximo duas vezes na semana. O atendimento era apenas por demanda espontânea, assim as peças acostumaram a procurar o médico somente quando estivessem muito doentes, porque além de ter que esperar muito tempo para poderem ser atendidos (geralmente passando a madrugada na Unidade sem conseguir ficha), adicionava-se a dificuldade do deslocamento, pela escassa frequência de linha de ônibus na região, a grande distância das casas dos usuários até a UBS. Começamos então com o processo de educação e conscientização da população, orientando a necessidade da promoção e

prevenção na saúde, e não só a cura de doenças e reabilitação. Na importância de identificar os fatores de risco para determinadas doenças e assim poder evitá-las, se já tem uma doença crônica fazer um seguimento adequado e assim evitar as complicações e limitações que possam aparecer, se já tem algum tipo de limitação começar com o processo de reabilitação e assim melhorar a funcionalidade, a qualidade de vida e a pronta incorporação à sociedade. Aspiramos gerar consciência e sensibilizar a nossa população, para que através de uma informação qualificada e especializada, possam tomar as decisões corretas a fim de contribuir para uma ótima qualidade de vida. Para o qual contamos com o apoio dos ACS, dos líderes da comunidade, do secretário da saúde e como ferramenta importante a educação para a saúde.

Outra dificuldade não menos importante que impossibilitou atingir a meta proposta foi o tempo já que durante a intervenção tivemos chuvas intensas de até uma semana de duração o que somado às dificuldades já existentes quanto ao deslocamento das pessoas fizeram ainda mais difícil o acesso das mesmas ao serviço de saúde. Com a instabilidade do tempo foram afetadas também as visitas domiciliares (por perigo de atolamento, entre outros).

É importante destacar que apesar de não atingirmos a meta proposta pelos motivos mencionados anteriormente, conseguimos um grande avanço com o processo de intervenção, pois este facilitou vinculação dos usuários com a educação para a saúde, fato muito importante por ser uma via de transmissão de normas, comportamento e valores, além de ser uma das ferramentas fundamentais do médico da família. A educação para a saúde foi uma estratégia fundamental na promoção da saúde, sendo a promotora na mudança na conduta dos indivíduos relacionada com a saúde. A mesma foi essencial para o desenvolvimento de habilidades pessoais, permitindo a comunidade terem maior autonomia e exercer um maior controle da sua saúde. Conseguimos assim promover a participação ativa da comunidade refletindo criticamente sobre sua realidade e procurando as melhores soluções para conseguir um maior bem-estar.

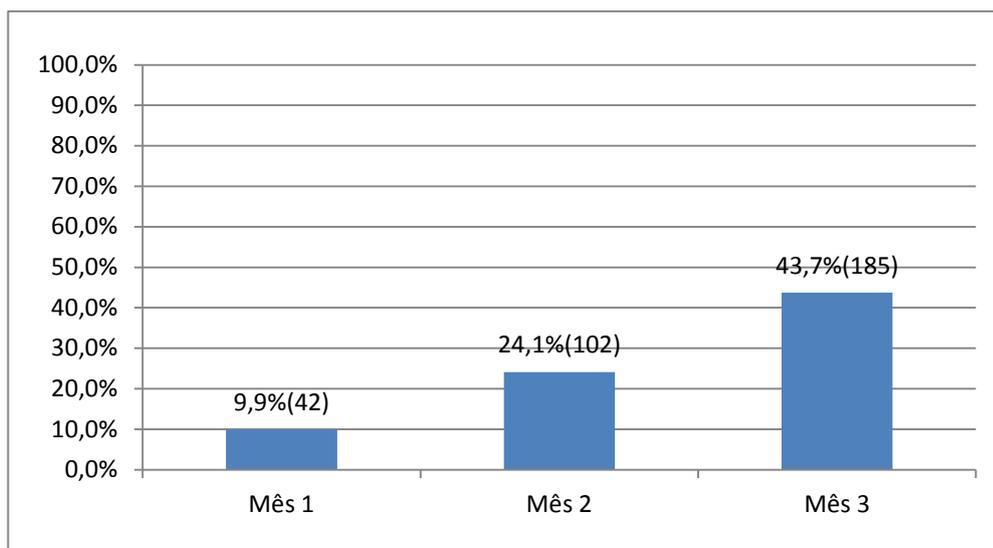


Figura 5 – Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa com hipertensão na UBS Alto Alegre, Cerrito, RS, 2015.

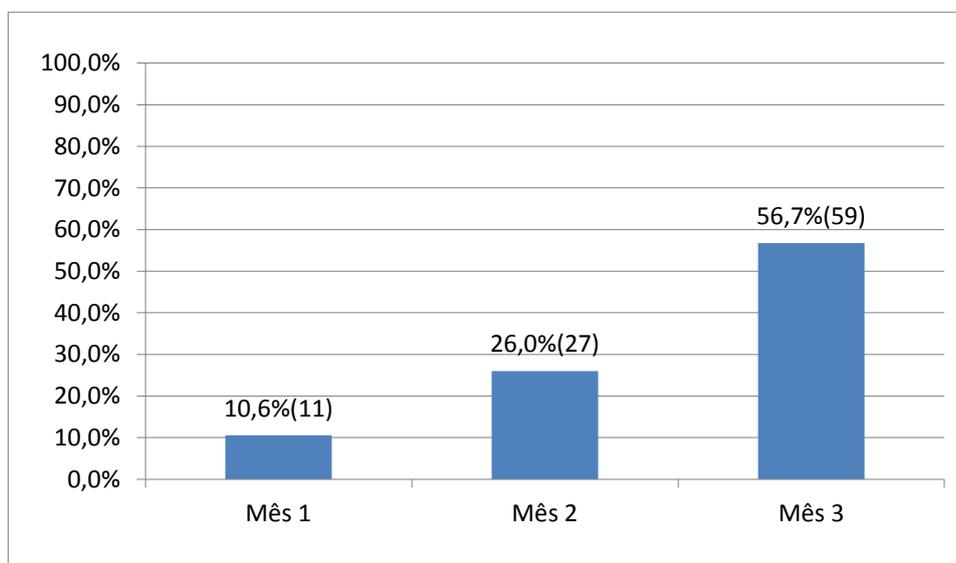


Figura 6 – Cobertura do programa de atenção à saúde da pessoa com diabetes na UBS Alto Alegre, Cerrito, RS, 2015.

Objetivo 2 – Melhorar a qualidade da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 2.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com hipertensão.

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

Meta 2.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% das pessoas com diabetes.

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

Quanto à realização do exame clínico apropriado, no primeiro mês o mesmo foi realizado em 42 (100%) pessoas com hipertensão e em 11 (100%) pessoas com diabetes, no segundo mês em 102 (100%) pessoas com hipertensão e 27 (100%) pessoas com diabetes e no terceiro mês em 185 (100%) pessoas com hipertensão e em 59 (100%) pessoas com diabetes.

O exame clínico apropriado foi realizado de acordo com o protocolo tendo em conta a necessidade de realizar um exame completo e cuidadoso, com foco na avaliação cardiovascular e pesquisa de evidência de causas de hipertensão e sinais de repercussão em órgãos-alvo, no caso dos usuários com hipertensão. No caso dos usuários com diabetes avaliamos índice de massa corporal (IMC), realizamos o exame da pele, especialmente genitália e membros inferiores (trofismo, pigmentação, úlceras, lesão interdigital, micose ungueal, hiperqueratose, temperatura, palidez, cianose), exame cardiovascular, neurológico, oftalmológico e odontológico. O exame clínico foi realizado pela enfermeira (peso, comprimento, PA) e pela médica (eu) sendo facilitado por contarmos com todos os materiais e instrumentos necessários. Apenas foi dificultosa a avaliação odontológica por não contarmos com esse serviço na UBS, sendo que o serviço mais próxima da UBS fica a 16 km.

Meta 2.3: Garantir a 100% das pessoas com hipertensão a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Meta 2.4: Garantir a 100% das pessoas com diabetes a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

Quanto à realização dos exames complementares, no primeiro mês o mesmo foi realizado em 31 (73,8%) pessoas com hipertensão e em 7 (63,6%) pessoas com diabetes, no segundo mês em 91 (89,2%) pessoas com hipertensão e 23 (85,2%) pessoas com diabetes e no terceiro mês em 174 (94,1%) pessoas com hipertensão e em 55 (93,2%) pessoas com diabetes. O que dificultou a

realização dos mesmos foram os problemas de deslocamentos das pessoas, sendo que o laboratório está localizado no centro do município (Cerrito) que fica a 16 quilômetros de distância, a pouca frequência das linhas de ônibus, a demora na realização dos exames implicando no deslocamento das pessoas por no mínimo 3 vezes (uma primeira vez para marcar a data de coleta do material, uma segunda vez para a realizar a coleta do material, geralmente com uma diferença de 3 a 4 meses entre as mesmas e uma terceira vez para buscar o resultado).

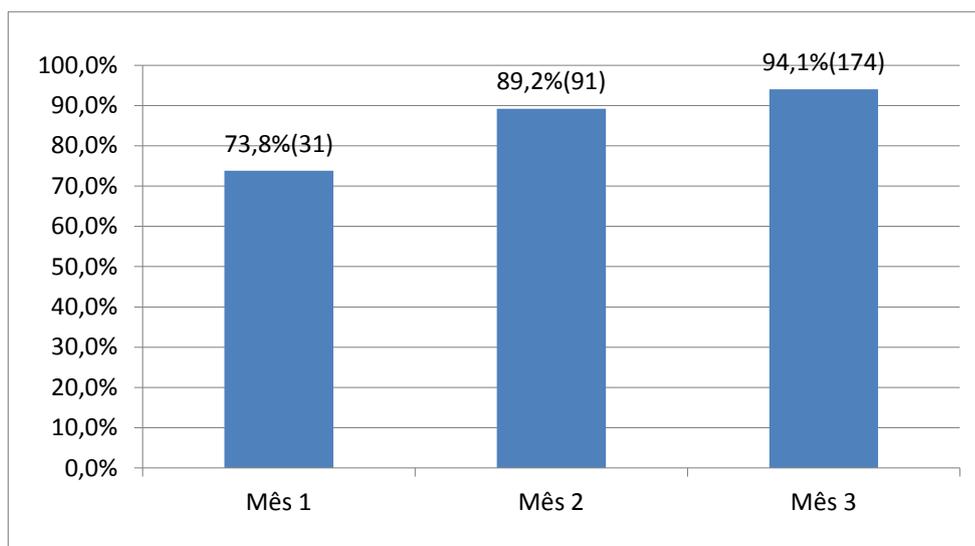


Figura 7 – Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Alto Alegre, Cerrito, RS, 2015.

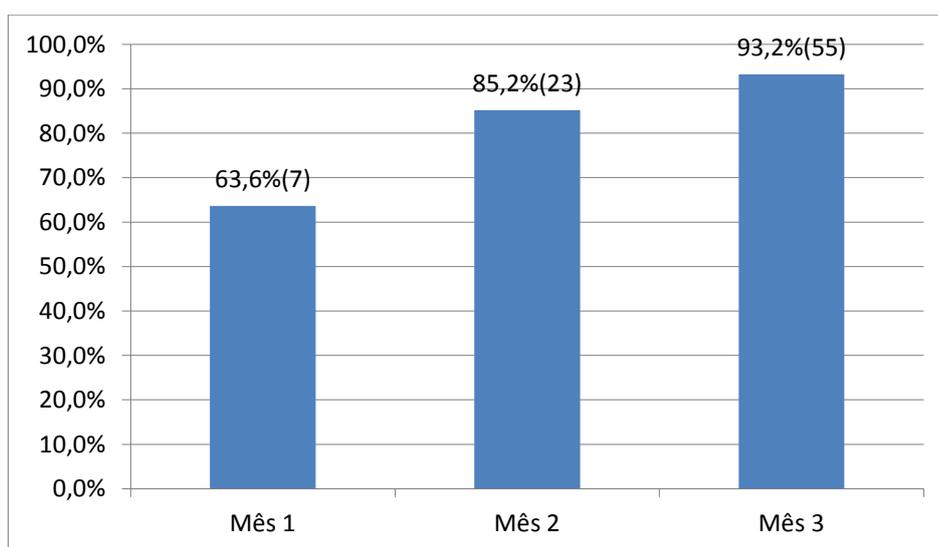


Figura 8 – Proporção de pessoas com diabetes com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Alto Alegre, Cerrito, RS, 2015.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

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

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% das pessoas com diabetes cadastrados na unidade de saúde.

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

Em relação à prescrição de medicamentos da farmácia popular foi priorizada a prescrição dos mesmos a 100% dos usuários com hipertensão e/ou diabetes. Assim, durante o primeiro mês foi ofertada prescrição de medicamentos da farmácia popular a 42 pessoas com hipertensão e a 11 pessoas com diabetes, no segundo mês um total de 102 pessoas com hipertensão e 27 pessoas com diabetes também a receberam e, no terceiro mês alcançamos a 185 pessoas com hipertensão e a 59 pessoas com diabetes em uso de medicação da farmácia popular. Esta ação foi facilitada, pois contamos com a lista de todos os medicamentos hipotensores e hipoglicemiantes dispensados pela farmácia popular.

Meta 2.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão.

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

Meta 2.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com diabetes.

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

Foi possível realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes apesar de não contarmos com serviço de atenção odontológica na UBS, pois a mais próxima fica a 16 quilômetros da UBS, mas foi possível incorporar a todas as consultas de pessoas com hipertensão e diabetes a avaliação da necessidade de atendimento odontológico realizada pela médica especializanda.

Assim, durante o primeiro mês avaliamos a necessidade de avaliação odontológica em 42 pessoas com hipertensão e em 11 pessoas com diabetes, no segundo mês um total de 102 pessoas com hipertensão e 27 pessoas com

diabetes também foram avaliadas quanto à necessidade e, no terceiro mês alcançamos a 185 pessoas com hipertensão e a 59 pessoas com diabetes avaliadas.

Objetivo 3 – Melhorar a adesão de pessoas com hipertensão e/ou diabetes ao programa.

Meta 3.1: Buscar 100% das pessoas com hipertensão faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.1: Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Meta 3.2: Buscar 100% das pessoas com diabetes faltosas às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3.2: Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas médicas com busca ativa.

Em relação às pessoas faltosas às consultas foi possível realizar a busca ativa de 19 (100%) pessoas com hipertensão e 5 (100%) pessoas com diabetes no primeiro mês da intervenção, a 54 (80,6%) pessoas com hipertensão e a 7 (77,8%) pessoas com diabetes no segundo mês da intervenção, alcançando 96 (78,7%) pessoas com hipertensão e a 17 (85,0%) pessoas com diabetes no terceiro mês da intervenção.

A busca ativa dos faltosos às consultas foi realizada basicamente pelos ACS por meio da realização de visitas domiciliares. Estas foram um pouco difíceis de serem realizadas, pois nem sempre contamos com veículo para a realização das mesmas. A busca ativa dos faltosos às consultas também foi dificultada inúmeras vezes devido à instabilidade do tempo (chuvas intensas de até uma semana de duração, o que tornava inacessível a entrada a muitos lugares).

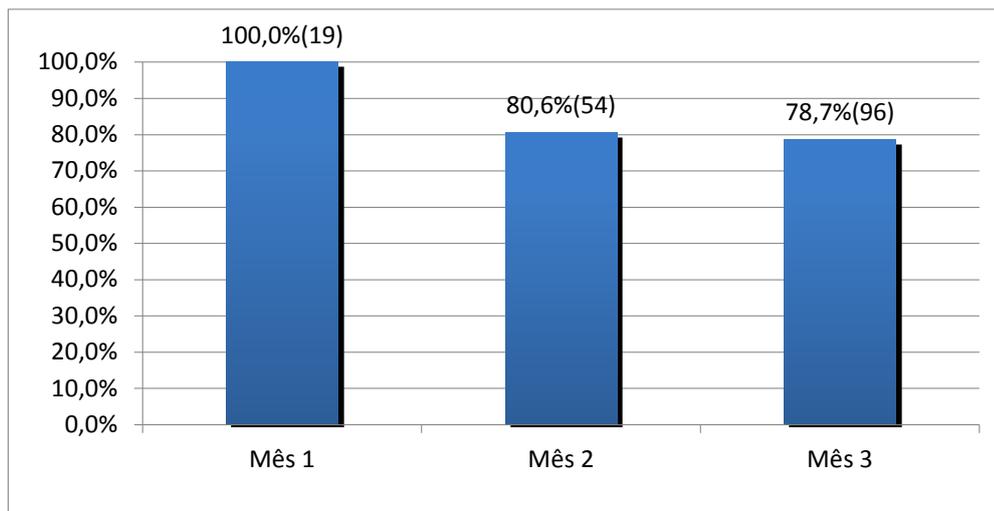


Figura 9 – Proporção de pessoas com hipertensão faltosas às consultas com busca ativa na UBS Alto Alegre, Cerrito, RS, 2015.

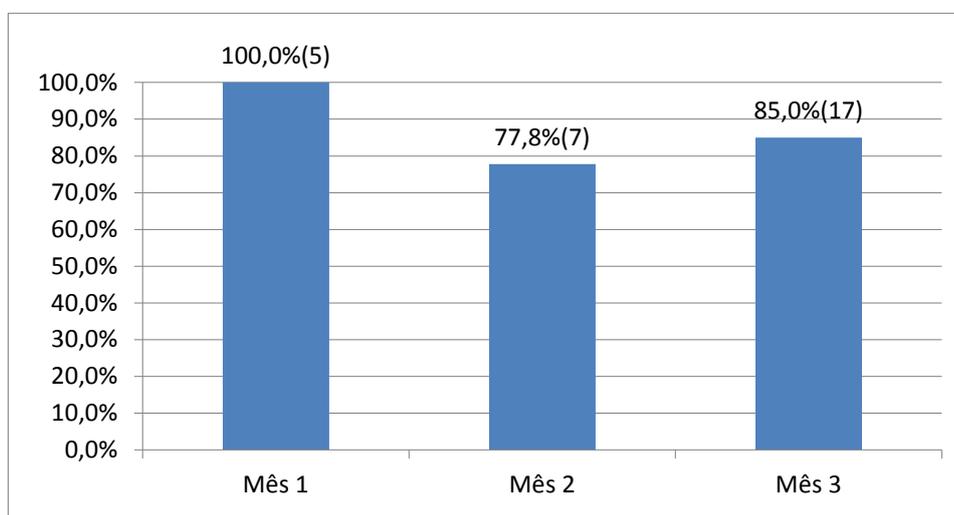


Figura 10 – Proporção de pessoas com diabetes faltosas às consultas com busca ativa na UBS Alto Alegre, Cerrito, RS, 2015.

Objetivo 4 – Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

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

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

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

Quanto às pessoas com hipertensão e/ou diabetes foi possível alcançar a meta de 100% destas com registro adequado na ficha de acompanhamento. Assim, durante o primeiro mês 42 pessoas com hipertensão e 11 pessoas com diabetes tinham registros adequados, no segundo mês um total de 102 pessoas com hipertensão e 27 pessoas com diabetes com registros e, no terceiro mês alcançamos a 185 pessoas com hipertensão e a 59 pessoas com diabetes com registros adequados em dia. Isto foi facilitado por contarmos com a ficha-espelho disponibilizada pelo curso e adotada para fazer o adequado acompanhamento das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Objetivo 5 – Mapear pessoas com hipertensão e/ou diabetes de risco para doença cardiovascular.

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 5.1: Proporção de pessoas com hipertensão com estratificação de risco cardiovascular.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com diabetes cadastradas na unidade de saúde.

Indicador 5.2: Proporção de pessoas com diabetes com estratificação de risco cardiovascular.

Foi realizada a estratificação do risco cardiovascular em 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Assim, durante o primeiro mês realizamos a estratificação do risco cardiovascular em 42 pessoas com hipertensão e em 11 pessoas com diabetes, no segundo mês um total de 102 pessoas com hipertensão e 27 pessoas com diabetes foram avaliadas e, no terceiro mês realizamos a avaliação em 185 pessoas com hipertensão e em 59 pessoas com diabetes. Para isto foi utilizado o escore de risco de Framingham, disponibilizado na planilha do mesmo para a enfermeira e para a médica (eu). Contamos com a ajuda da enfermeira para o cálculo de risco (a que foi previamente capacitada).

Objetivo 6 – Promover a saúde de pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 6.1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Meta 6.2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% das pessoas com diabetes.

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

Garantimos durante os meses de intervenção a 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes orientação nutricional adequada. Assim, durante o primeiro mês orientamos a 42 pessoas com hipertensão e a 11 pessoas com diabetes, no segundo mês um total de 102 pessoas com hipertensão e 27 pessoas com diabetes e, no terceiro mês alcançamos a 185 pessoas com hipertensão e a 59 pessoas com diabetes orientadas sobre alimentação saudável. Para isto contamos com a ajuda da nutricionista que foi incorporada à UBS inicialmente uma vez por mês, hoje contamos com a sua participação duas vezes ao mês, tanto em consultas individualizadas bem como em reuniões de grupo.

Meta 6.3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Meta 6.4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% das pessoas com diabetes.

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

A 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes receberam orientação sobre a importância da prática regular de atividade física. Assim, durante o primeiro mês orientamos a 42 pessoas com hipertensão e a 11 pessoas com diabetes, no segundo mês um total de 102 pessoas com hipertensão e 27 pessoas com diabetes e, no terceiro mês alcançamos a 185 pessoas com hipertensão e a 59 pessoas com diabetes orientadas quanto à prática de atividades físicas. Estas orientações foram ofertadas em reuniões de grupo pela enfermeira e pelas ACS, previamente capacitadas, além de serem oferecidas no momento de consulta individual realizado pela médica especializanda.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com hipertensão.

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

Meta 6.6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% das pessoas com diabetes.

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

A 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Assim, durante o primeiro mês orientamos a 42 pessoas com hipertensão e a 11 pessoas com diabetes, no segundo mês um total de 102 pessoas com hipertensão e 27 pessoas com diabetes e, no terceiro mês alcançamos a 185 pessoas com hipertensão e a 59 pessoas com diabetes orientadas quanto aos riscos e malefícios do tabagismo. Estas orientações foram ofertadas em reuniões de grupo pela enfermeira e pelas ACS, previamente capacitadas, além de serem ofertadas no momento de consulta individual realizado pela médica especializada.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com hipertensão.

Indicador 6.7: Proporção de pessoas com hipertensão com orientação sobre higiene bucal.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% das pessoas com diabetes.

Indicador 6.8: Proporção de pessoas com diabetes com orientação sobre higiene bucal.

A 100% das pessoas com hipertensão e/ou diabetes receberam orientação sobre higiene bucal. Assim, durante o primeiro mês orientamos a 42 pessoas com hipertensão e a 11 pessoas com diabetes, no segundo mês um total de 102 pessoas com hipertensão e 27 pessoas com diabetes e, no terceiro mês alcançamos a 185 pessoas com hipertensão e a 59 pessoas com diabetes orientadas quanto à importância da manutenção da higiene bucal. Esta ação de orientação foi também ofertada em reuniões de grupo pela enfermeira e pelas

ACS, que foram previamente capacitadas além do momento de consulta individual pela médica especializanda.

4.2 Discussão

A Hipertensão Arterial e o Diabetes mellitus são considerados uns dos grandes desafios da medicina moderna; a hipertensão arterial por ser uma doença muito frequente, assintomática, de fácil diagnóstico, mas com graves complicações que podem levar à morte se não for instituído um tratamento para controle adequado, sendo uma das doenças mais frequentes e estudadas no mundo, não sendo em vão chamada de “assassina silenciosa”.

Já o diabetes mellitus por suas potenciais complicações macro e micro vascular-neurológicas também está condicionado a uma marca da morbimortalidade. Diante desta realidade, realizamos um processo de intervenção comunitária com o objetivo de aumentar a cobertura e a qualidade da atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes. A intervenção foi realizada na UBS Alto Alegre, que pertence ao município de Cerrito, no Rio Grande do Sul, durante o período de agosto a novembro de 2015. O grupo alvo de pessoas, foco da intervenção, era composto por uma estimativa gerada pela Planilha de Coleta de Dados disponibilizada pelo curso de 423 pessoas com hipertensão e 104 pessoas com diabetes.

Com a intervenção foi possível trabalhar de forma sistemática e organizada, mediante a coordenação efetiva dos recursos humanos e materiais, gerenciando a otimização dos recursos disponíveis com implementação de recursos e ações necessários e imprescindíveis como o registro dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, a busca ativa dos faltosos às consultas, a realização de visitas domiciliares e ações de educação para a saúde. Sendo esta última o pilar fundamental para conseguirmos um melhor controle dos usuários com hipertensão e/ou diabetes, pois “para avançar a um mundo mais saudável é preciso medidas políticas enérgicas assim como uma ampla participação e educação da população”.

Foi possível aumentar a cobertura dos usuários com hipertensão e/ou diabetes assim como a melhoria da qualidade das consultas, obtendo melhor

controle destas doenças e maior participação das pessoas no autocuidado da sua saúde.

Quanto à importância da intervenção para o serviço destaca-se o envolvimento da equipe nas ações do Programa, gerando maior responsabilidade e motivação no cuidado da saúde da nossa comunidade. Após o término da intervenção, foi possível perceber que os ACS visualizam a importância deste trabalho para a comunidade e manifestam o desejo da sua continuidade. Além disso, a instituição das fichas-espelho e seu adequado preenchimento auxiliaram na identificação, por todos os integrantes da equipe, dos usuários com hipertensão e/ou diabetes com uma adequada estratificação de risco, facilitando a priorização do atendimento e otimizando a rotina de trabalho.

A intervenção teve importância para a comunidade no sentido de fortalecer o engajamento público, conscientizando as pessoas na importância de um controle adequado e maior participação no autocuidado da sua saúde. Ainda que haja muito a melhorar, já notamos algumas pequenas mudanças quanto ao menor número de faltosos às consultas, maior participação nos grupos de usuários com hipertensão e/ou diabetes, controle adequado dos níveis de pressão arterial e de glicemia de jejum, assim como a adoção de estilos de vida mais saudáveis, inclusive usuários que já exigem o acompanhamento por meio de visitas domiciliares e realização dos exames de rotina estabelecidos pelo protocolo.

Caso fosse realizar a intervenção neste momento, procuraria realizar encontros mais dinâmicos, com rodas de conversa o que propiciaria maior aproximação entre usuários e membros da equipe.

Há grande viabilidade da incorporação das ações desenvolvidas durante a intervenção na rotina de trabalho da unidade. Basta que os integrantes da equipe de saúde assumam este compromisso. Além disso, é necessário que a conscientização da comunidade quanto à importância do Programa continue sendo realizada. Outro aspecto importante, diz respeito ao adequado preenchimento das fichas-espelho, as quais são ferramentas essenciais no monitoramento das ações, reduzindo a obtenção de resultados inconsistentes e permitindo a melhoria na qualidade do atendimento.

Os próximos passos serão: ampliação da cobertura atendendo às demais microáreas de abrangência; regularização dos atendimentos aos faltosos às

consultas, implementação da atenção odontológica e a participação de um educador físico para promover atividades junto ao grupo alvo da intervenção.

5 Relatório da intervenção para gestores

Caro gestor de saúde,

A Hipertensão Arterial e o Diabetes mellitus são considerados sérios problemas de saúde na nossa comunidade, no Brasil e no mundo. Isso é fundamentado pela alta incidência, mortalidade e incapacidade que causam nas pessoas não compensadas além do elevado custo social e econômico que ocasionam para o indivíduo, para a família e para o sistema de saúde. Diante dessa realidade, organizamos um processo de intervenção em saúde com o objetivo de melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

A intervenção foi realizada na UBS Alto Alegre, que pertence ao município de Cerrito, no Rio Grande do Sul, durante o período de agosto a novembro de 2015. O grupo alvo da intervenção era estimado em 423 pessoas com hipertensão e 104 pessoas com diabetes pertencentes à área de abrangência da Unidade. Foram estipuladas metas e as ações estiveram alicerçadas em quatro eixos pedagógicos, a saber: qualificação da prática clínica, organização e gestão do serviço, engajamento público e monitoramento e avaliação.

Nesse âmbito, cada profissional, foi previamente capacitado e ficou ciente de suas responsabilidades, empenhando-se com esmero e motivação. Assim os ACS em conjunto com a equipe de saúde por meio da realização de visitas domiciliares contribuíram para a busca ativa dos usuários faltosos às consultas, realizamos a atualização do registro específico e a divulgamos e conscientizamos as pessoas referente à importância da manutenção de controles periódicos.

Os líderes da comunidade, o secretário da saúde, a nutricionista e a equipe de saúde tiveram um papel fundamental no processo de educação para a saúde,

aproveitando todos os espaços e oportunidades para divulgar a importância da prevenção e promoção à saúde para este grupo alvo. A agenda da equipe de saúde foi reorganizada com a finalidade de melhorar a atenção aos usuários por demanda espontânea ou por agendamentos permitindo uma melhor estratificação de risco e avaliação da prioridade de atendimento em cada caso.

As ações desenvolvidas foram discutidas em reunião de equipe para avaliar as dificuldades encontradas e os casos que necessitam de maior atenção por parte da equipe por serem preocupantes sempre ouvindo as sugestões da equipe para melhorar nosso trabalho.

Para dar início à intervenção, partimos do pressuposto que a UBS contava com uma população total de 2.780 usuários adstritos e, a partir desse dado a Planilha de coleta de dados disponibilizada pelo curso de especialização em saúde da família da Universidade Federal de Pelotas/RS em parceria com a Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS) para o qual realizamos a intervenção como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Saúde da Família gerou uma estimativa de 423 pessoas com 20 anos ou mais com hipertensão e 104 pessoas com 20 anos ou mais com diabetes mellitus.

Ao final de 12 semanas de intervenção, alcançamos o número absoluto de 185 pessoas com hipertensão e 59 pessoas com diabetes mellitus, residentes na área de abrangência cadastradas e avaliadas de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde (2013) para atenção a este grupo. Para ambos indicadores, os números foram ascendendo mês a mês, comprovando a efetividade da intervenção.

Os valores supracitados estão aquém das metas desejadas previamente à intervenção, sobretudo devido ao fato que contamos com uma população basicamente sedentária, com hábitos dietéticos inadequados e que é muito resistente a mudar o seu estilo de vida além de possuir baixa percepção do risco das doenças e baixo autocuidado. Conseguimos, ao final da intervenção promover a participação ativa da comunidade refletindo criticamente sobre sua realidade e procurando as melhores soluções para conseguir um maior bem-estar para todos.

Os indicadores de qualidade da intervenção que foram passíveis de análise que atingiram 100% foram a proporção de pessoas com hipertensão e/ou

diabetes com realização do exame físico apropriado, , registro adequado na ficha de acompanhamento, assim como a realização da estratificação do risco cardiovascular, orientação nutricional e orientação em relação a prática regular de atividade física.

Certamente, no período compreendido apareceram algumas dificuldades que, na medida do poder de resolubilidade que cabe ao profissional, foram superadas. De início, a Secretaria de Saúde não proveu um veículo para a realização das visitas domiciliares, mas proveu a disponibilização de medicamentos essenciais e a participação da nutricionista.

Citam-se também a falta de credibilidade no sistema de saúde pública na cidade, em virtude da demora na realização dos exames de rotina, as dificuldades no deslocamento da população pela falta de mais horários de ônibus e à inexistência de informações concretas acerca desses problemas junto à gestão municipal.

Seguindo, temos a baixa adstrição da população, pois várias microáreas estão desassistidas por ACS o que dificulta o acesso das pessoas com hipertensão e/ou diabetes às informações, ao agendamento das consultas e a manutenção do vínculo com a unidade. Somam-se a isso os problemas relacionados ao deslocamento dificultando a acessibilidade aos serviços de saúde por parte da população.

Diante dessa realidade destacamos que é de suma importância a permanência da intervenção no cotidiano do serviço da UBS Alto Alegre. Houve, no geral, uma boa adesão ao programa dada a sensibilização de todos sobre a importância da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes no contexto da saúde pública. Apesar das limitações impostas que fogem a governabilidade do profissional local, percebeu-se que a atenção à saúde na sala de espera, nos grupos e nas consultas individuais bem como a ação dos ACS foram benéficas e complementaram as melhorias na saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes.

Contamos com o apoio da gestão para dar continuidade às ações iniciadas a fim de manter a qualificação da atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Ainda, se possível, também dar início à qualificação de outras

ações programáticas que também são de extrema importância para a melhoria da qualidade de vida desta população.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da UBS Central, Cerrito/RS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus atualmente representa um grave problema de saúde pública a nível mundial, por seu impacto no indivíduo, na família, na sociedade e na economia de um país. Hoje são consideradas como causa importante de morbimorbidade, invalidez e perda de produtividade. De acordo com a Organização Mundial da saúde (OMS), mais de 691 milhões de pessoas tem diabetes e/ou hipertensão, entre estas 5.5 milhões morrem e outros 5 milhões ficam com algum tipo de incapacidade permanente. Assim a Hipertensão Arterial representa um dos grandes desafios da medicina moderna por ser uma doença muito frequente, assintomática, de fácil diagnóstico, mas com complicações mortais se não recebe tratamento e controle oportuno. Não é em vão chamada de “assassina silenciosa”, já que muitas vezes nos conseguimos diagnosticar a sua existência precocemente.

Por outra parte a presença do Diabetes Mellitus, segundo a OMS, aumenta sem cessar e as perspectivas para o ano de 2020 é de se converter em uma epidemia mundial, com mais de 200 milhões de pessoas afetadas em todo o mundo. Ambos concentram altas taxas de mortalidade e incapacidade, sobretudo devido ao diagnóstico tardio e um controle inadequado. Entende-se, portanto, que por serem doenças tão comuns e que matam, é importante a implantação de uma estratégia de promoção à saúde, prevenção e detecção precoce.

A UBS Alto Alegre, como vocês sabem, possui uma população basicamente envelhecida com predominância destas patologias com baixa percepção do risco que representam. Mas durante o processo de intervenção realizada durante os meses de agosto a novembro houve um aumento significativo na cobertura e controle dos usuários com hipertensão arterial e/ou diabetes sendo possível aumentar a percepção do risco por parte dos usuários,

diminuindo assim os faltosos às consultas e acrescentando estilos de vida mais saudáveis. As pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes pertencentes à área de abrangência da UBS também tiveram prioridade nas consultas. As metas foram estipuladas e buscou-se melhorar a cobertura, o atendimento e conseguimos organizar o serviço para um atendimento de qualidade.

Cada profissional desenvolveu o seu papel: a recepção oferecia e marcava as consultas mediante demanda espontânea ou agendamentos. A enfermeira ajudou na divulgação da intervenção nas salas de espera e nas atividades de grupo, aproveitando todos os espaços e oportunidades para divulgar a importância de um adequado controle da hipertensão arterial e do diabetes mellitus assim como a relevância de adotar estilos de vida mais saudáveis para qualidade de vida dos portadores destas doenças. Também teve um papel fundamental no exame clínico (verificação de PA, glicose, peso, comprimento). E os ACS sempre estiveram dispostos a desenvolver a busca ativa dos usuários faltosos às consultas.

A procura pelo serviço foi crescendo mês a mês, melhorando a qualidade do atendimento tanto para usuários com demanda espontânea como para usuários com hipertensão e/ou diabetes, comprovando a efetividade da intervenção. Apesar das dificuldades encontradas no meio do caminho, a equipe conseguiu desenvolver um bom serviço.

Portanto, é de suma importância à permanência da intervenção no cotidiano do serviço da Unidade de Saúde. Houve, no geral, uma boa adesão ao programa dada a sensibilização de todos sobre a importância da saúde da pessoa com hipertensão e/ou diabetes no contexto da saúde pública. Apesar das limitações impostas que fogem do controle do profissional local, percebeu-se que a atenção à saúde na sala de espera, nos grupos e nas consultas individuais, bem como a ação dos ACS foram benéficas e complementaram as melhorias na saúde da população.

Agrademos pela confiança de todos vocês em nosso trabalho e esperamos que todos possam manter-se em acompanhamento no serviço a fim de qualificar cada vez a qualidade de vida enquanto portador de hipertensão e/ou diabetes.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da UBS Alto Alegre, Cerrito, RS.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Sempre que iniciamos uma nova “aventura” temos um antes e um depois. E, digo “aventura” porque o processo de intervenção nos permitiu explorar, descobrir e conhecer novos panoramas. Pensar no processo de intervenção realizado na UBS Alto Alegre durante o período de agosto a novembro me leva a refletir sobre aspectos importantes como: não importa a realidade a qual enfrentamos, se trabalhamos de forma organizada e constante é possível conseguir mudanças inimagináveis. Era uma utopia pensar que conseguiríamos mudar a realidade da saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes devido às enormes dificuldades impostas pelo panorama da saúde pública atual.

Pensamentos sobre como desenvolver atividades que levassem à população a ter uma maior participação no autocuidado da sua saúde e, sobretudo conseguir a adoção de estilos de vida saudáveis junto a uma população que apresentava muita resistência para modificar seus hábitos, fazia parte das minhas preocupações. São vários os estudos que demonstram que, apesar de todo o enfoque dado, desde 1991, com o Programa Agente Comunitário (PACS) e, sobretudo em 1994, com o Programa de Saúde da Família (PSF), há uma necessidade crescente em aperfeiçoar o trabalho das equipes de saúde para a identificação precoce, o controle e o bom tratamento dessa parte da população acometida por tais doenças.

Ao longo das atividades, mediante as dificuldades impostas que tangenciam o poder de resolubilidade do profissional local da UBS, os entraves dificultaram o acesso dos usuários, como a dificuldade de acesso à Unidade. Contudo, paulatinamente, os trabalhadores e a população foram se acostumando e se tornando cientes do enfoque dado à Saúde das pessoas com hipertensão

e/ou diabetes. E hoje, de modo paradoxal, afirmo que as melhorias permanecem e tendem a gerar resultados cada vez mais positivos.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: **diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. 160 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica: **Controle dos Cânceres do Colo do útero e de Mama**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 124p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a. 318 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: **crecimento e desenvolvimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 1ª Edição, 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Vigitel Brasil 2011: **vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico**. Brasília: Ministério da Saúde; 2012c.

_____. Ministério da Saúde (MS). Instituto Nacional de Câncer (Inca). Estimativa 2012: **incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Inca; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.192 p. 73

_____. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Parto. **Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002. 28 p.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo Demográfico 2012**. Características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

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.

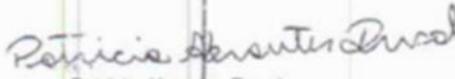
Ilma Srª

Profª Ana Cláudia Gastal 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 B- Planilha de coleta de dados

2014_11_06 Coleta de dados HAS e DM - Microsoft Excel

Barra de Fórmulas: Regua, Linhas de Grade, Barra de Mensagens

Exibição: Exibir Lado a Lado, Exibir Sincronizada, Salvar Espaço Alternar de Trabalho Janelas

Zoom: 100%

Mostrar/Ocultar

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S
1	Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos- Mês 1																		
2	Indicador para Coleta	Numero do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente fez exames complementares de acordo com o protocolo?	O paciente tomou o medicamento corretamente?	Todos os exames de laboratório estão dentro dos limites da Família Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de encaminhamento odontológico?	O paciente foi realizado o registro de acordo com o protocolo?	O paciente está com o acompanhamento em dia?	O paciente está com a avaliação de risco cardiovascular adequada?	O paciente recebeu orientação sobre a prevenção da doença?	O paciente recebeu orientação sobre a prevenção da doença?	O paciente recebeu orientação sobre a prevenção da doença?	O paciente recebeu orientação sobre a prevenção da doença?	O paciente recebeu orientação sobre a prevenção da doença?
3	Orientações recebidas	em 14 o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 Mês 1-3m	0 Mês 1-3m	0 Mês 1-3m	0 Mês 1-3m	0 Mês 1-3m	0 Mês 1-3m	0 Mês 1-3m	0 Mês 1-3m	0 Mês 1-3m	0 Mês 1-3m	0 Mês 1-3m	0 Mês 1-3m	0 Mês 1-3m	0 Mês 1-3m	0 Mês 1-3m
4		1																	
5		2																	
6		3																	
7		4																	
8		5																	
9		6																	
10		7																	
11		8																	
12		9																	
13		10																	
14		11																	
15		12																	
16		13																	
17		14																	
18		15																	
19		16																	
20		17																	
21		18																	
22		19																	
23		20																	
24		21																	
25		22																	
26		23																	
27		24																	
28		25																	
29		26																	
30		27																	
31		28																	
32		29																	
33		30																	
34		31																	
35		32																	
36		33																	
37		34																	

Pronto 21:32 25/05/2015

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

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

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante