

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE À DISTÂNCIA
TURMA 5**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação da Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes mellitus no Centro de Saúde, Itaqui / RS**

Renan Lopes de Vargas

Pelotas, 2015

Renan Lopes de Vargas

**Qualificação da Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes mellitus no Centro de Saúde, Itaqui / RS**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância – UFPEL/UNASUS, Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Marina Sousa Azevedo

Pelotas, 2015

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

V297q Vargas, Renan Lopes de

Qualificação da Atenção aos Usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus no Centro de Saúde, Itaqui/RS / Renan Lopes de Vargas; Marina Sousa Azevedo, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

79 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Dedico este Trabalho de Conclusão de Curso aos meus queridos usuários que colaboraram para o desenvolvimento e melhoria do serviço, dedico também aos meus familiares que sempre me apoiaram na caminhada rumo à excelência.

Agradecimentos

Agradeço ao meu supervisor do Programa Mais Médicos para o Brasil pelo apoio e conselhos, e minha supervisora da UFPel que com suas exigências e palavras de apoio que me serviram de base para a concretização do trabalho de campo.

Resumo

VARGAS, Renan Lopes de. **Qualificação da Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes mellitus no Centro de Saúde, Itaqui / RS.** 77f. Trabalho de conclusão de curso (Curso Especialização em Saúde da Família) – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A hipertensão e o diabetes são doenças crônicas prevalentes e que predisõem a uma série de morbidades se não controladas adequadamente. Com base na Análise Situacional, verificou-se a necessidade de melhorias na cobertura e na qualidade do serviço de saúde na atenção aos usuários com hipertensão e/ou diabetes no Centro de Saúde de Itaqui/RS, que, por sua vez, resultou no planejamento de uma intervenção com duração de 16 semanas. Os objetivos referentes à intervenção foram ampliar a cobertura, melhorar a qualidade da atenção, melhorar a adesão ao programa, melhorar o registro das informações, mapear o risco para doença cardiovascular e promover a saúde. Utilizaram-se como instrumentos a ficha espelho, a planilha de coleta de dados e os protocolos do Ministério da Saúde (MS). Previamente à intervenção realizamos um treinamento de capacitação de profissionais com vistas a sistematizar as atividades e a promoção de um atendimento e cuidado humanizado de acordo com os princípios e diretrizes do SUS. Com base no Caderno de Ações Programáticas, na área de abrangência constituída de 2850 usuários, estimavam-se 443 usuários com HAS e 107 usuários com DM, o que propiciou a estipulação das metas de cobertura em 60% e as de qualidade do serviço de saúde em 100%. Ao longo das semanas, realizaram-se cadastramento dos usuários, grupos de encontro, buscas ativas, consultas clínicas e derivação de referenciamento de usuários, quando necessário. Atingiram-se, ao final de 16 semanas, 197 usuários com HAS (19,9%) e 130 usuários com DM (40,9%). Quanto à solicitação de exames, foram 60 usuários com HAS (30,5%) e 53 usuários com DM (40,8%). A avaliação odontológica foi realizada em 28 usuários com HAS de 197 (14,2%) e 27 usuários com DM de 130 (20,8%). Realizou-se busca ativa em 56 de 59 usuários com HAS (94,9%) e 41 usuários com DM de 44 (93,2%), principalmente, pelo monitoramento e atuação dos ACS. Como dificuldades, citam-se o não seguimento aos usuários, uma vez que, a intervenção ocorreu em um centro de saúde onde não há um acompanhamento dos usuários no modelo ESF, além disso, os demais profissionais médicos do centro não aderiram à intervenção. Entretanto, ainda que, com dificuldades, o serviço se tornou mais organizado e houve uma sensibilização dos profissionais da equipe para a continuidade da ação programática.

Palavras chave: Saúde da família; Atenção primária à saúde; Doença crônica; Diabetes mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.	43
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao usuário com DM no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.	43
Figura 3	Proporção de usuário com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.	44
Figura 4	Proporção de usuário com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.	45
Figura 5	Proporção de usuário com HAS com exames complementares em dia de acordo com o protocolo no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015	46
Figura 6	Proporção de usuário com DM com exames complementares em dia de acordo com o protocolo no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015	46
Figura 7	Proporção de usuário com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.	47
Figura 8	Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.	47
Figura 9	Proporção de usuário com HAS com avaliação de necessidade de atendimento odontológico no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.	49
Figura 10	Proporção de usuários com DM com avaliação de necessidade de atendimento odontológico no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.	49
Figura 11	Proporção de usuário com HAS faltosos às consultas com busca ativa no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.	50
Figura 12	Proporção de usuários com DM faltosos às consultas com busca ativa no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015	50
Figura 13	Proporção de usuário com HAS com registro na ficha de acompanhamento no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.	51
Figura 14	Proporção de usuários com DM com registro na ficha de acompanhamento no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.	52
Figura 15	Proporção de usuário com HAS com estratificação cardiovascular por exame clínico em dia no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.	53
Figura 16	Proporção de usuários com DM com estratificação cardiovascular por exame clínico em dia no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.	53
Figura 17	Proporção de usuário com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.	54

Figura 18	Proporção de usuários com DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.	54
Figura 19	Proporção de usuário com HAS que recebeu orientação atividade física regular no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.	55
Figura 20	Proporção de usuários com DM que recebeu orientação atividade física regular no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.	56
Figura 21	Proporção de usuário com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.	57
Figura 22	Proporção de usuários com DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.	57
Figura 23	Proporção de usuário com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.	58
Figura 24	Proporção de usuários com DM que receberam orientação sobre higiene bucal no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.	58

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CS	Centro de Saúde
DM	Diabete Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIPERDIA	Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
PSF	Programa de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	11
1 Análise Situacional	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 04/02/2014.....	12
1.2 Relatório da Análise Situacional em 28/04/2014	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	20
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa	22
2.2 Objetivos e metas	24
2.2.1 Objetivo geral	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas	24
2.3 Metodologia	26
2.3.1 Ações e logística.....	26
2.3.2 Indicadores	30
2.3.3 Cronograma.....	37
3 Relatório da Intervenção.....	38
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	38
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	40
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	40
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	40
4 Avaliação da intervenção.....	42
4.1 Resultados.....	42
4.2 Discussão	58
5 Relatório da intervenção para gestores	61
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	64
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	67
Referências	69
Apêndices.....	70
Anexos	75

Apresentação

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família modalidade à distância da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnaSUS) / Universidade Federal de Pelotas (UFPel) sendo o resultado das atividades que foram desenvolvidas durante as unidades de ensino que integram o projeto pedagógico do curso.

A intervenção foi realizada no Centro de Saúde Itaqui/RS cujo objetivo foi o de melhorar da atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM.

O volume está organizado em seis unidades de trabalho, 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 16 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 parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção.

Na sexta e última seção estão os anexos utilizados durante a realização deste trabalho e as referências.

1. Análise situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS em 04/02/2014

Itaqui é um município brasileiro do estado do Rio Grande do Sul, localizado às margens do rio Uruguai, na fronteira com a Argentina, apresenta uma área de 3.404,047 km², uma população de 38.166 habitantes (IBGE, 2010), sendo destes 33.318 habitantes na área urbana e 4.848 habitantes na área rural, ficando 670 km da capital estadual, Porto Alegre.

Nossa cidade conta com 4 Estratégias Saúde da Família (ESF), situados nos bairros periféricos, sendo eles o ESF Promorar, ESF Rio Uruguai, ESF José da Luz e ESF Vila Nova. Cada um destes ESF tem sua própria equipe e aproximadamente uma população adscrita de 3.000 habitantes. Há também com 4 postos de atendimento onde não há médicos todos os dias. Não possuímos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O atendimento odontológico ocorre na própria Unidade Básica de Saúde (UBS) e nas ESF, não acontecendo nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) agregadas. O município está com um projeto de implantação de um local específico para o CEO e atendimentos fisioterápicos e psicológicos com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Observa-se no NASF em funcionamento demora ao solicitar interconsultas com psicologia e nutrição clínica, o que vem a fragilizar este apoio matricial nas Equipes.

O Centro de Saúde (CS) é um modelo tradicional de UBS e está localizada em área central do município, sendo de fácil acesso e sem limitações demográficas. Temos uma equipe de saúde que trabalha com estratégia, realizando atendimentos ao domicílio, acompanhamento dos usuários, o que não ocorre com os demais profissionais do CS. No momento estamos passando por uma reforma da estrutura física de nossa UBS que nos trará mais comodidade e conforto aos nossos usuários. Esta ampliação apresentação criação de espaços ainda inexistentes e construção de

mais consultórios médicos, entre outros. O que irá melhorar com essa ampliação, que hoje é uma deficiência, é a criação de uma sala específica para o acolhimento de enfermagem.

Nossa equipe é a única que realiza atenção domiciliar. Esta UBS, às vezes, é um impasse devido a que atravessarmos a cidade de norte a sul para realizar visitas aos usuários. Como reflexão neste momento, pensamos que com a criação de novos ESF desafogaria e melhoraria o aspecto da atenção domiciliar.

O atendimento na unidade é realizado em ambos turnos em um horário das 07:00 as 19:00 horas, com médicos trabalhando e turnos alternados. Mesmo assim há períodos do dia que não há profissionais para o atendimento. Com respeito às emergências médicas que não são solucionadas na UBS, elas são encaminhadas ao Pronto-Atendimento do hospital. Os usuários que necessitam de atendimento especializado são encaminhados com folhas de referência e contra referência. Essas últimas nem sempre voltam para o profissional que encaminhou. Todo este atendimento é realizado via Sistema Único de Saúde (SUS). Há casos que as consultas demoram em torno de 3 a 4 meses ou mais. Os exames de laboratório são realizados no próprio município, porém alguns estudos de imagem com Tomografia Axial Computada e Ressonância Magnética são encaminhados a municípios de referência.

Os programas de saúde ficam a cargo de cada enfermeiro. Para cada programa é um médico também encarregado, no caso de pré-natal somente há um médico obstétrico que faz o acompanhamento. Quando diagnosticamos uma gestação, não retorna ao clínico geral e já é agendada direto com o obstetra. A puericultura é realizada pelo pediatra a cargo. Se necessário, realizamos o acompanhamento juntamente aos especialistas.

Algo que estamos tentando modificar é o atendimento no método de fichas, porém já é algo cultural por parte da população. Eles não aceitam o acolhimento e quando são acolhidos pela equipe de enfermagem, se não recebem o atendimento médico no momento, procuram veículos de divulgação para fazer reclamações do serviço. As fichas são liberadas sendo respeitado uma demanda para o atendimento.

Nosso atendimento conta com grupos de usuário com HAS e/ou DM. São 4 grupos nas comunidades Ênio Sayago, 24 de maio, Cafifas e Cohab. Cada grupo recebe nossa visita uma vez ao mês nos centros dos bairros, sendo realizadas todas

as quintas-feiras pelo turno da manhã. Nestes grupos realizamos consultas médicas, renovação de receitas, entrega de medicação e agora estamos realizando palestras juntamente com os psicólogos. No grupo Saúde do Idoso ocorre uma vez ao mês, sendo na primeira terça-feira do mês. O grupo realizado na ASEMI tem 130 idosos que recebem nosso atendimento.

O câncer de mama e colo uterino é acompanhado a partir da realização de rastreamento na população preconizada pelo Ministério da Saúde, através de estudos mamográficos (realizado no hospital) e realização de exame citopatológico do colo uterino (realizado na UBS). Qualquer alteração identificada, o ginecologista é consultado e já realiza a colposcopia. Se necessário, a usuária é encaminhada ao centro de referência para o correto tratamento.

1.2 Relatório de Análise Situacional em 28/04/2014

Itaqui é um município brasileiro do estado do Rio Grande do Sul, localizado às margens do rio Uruguai, na fronteira com a Argentina, apresenta uma área de 3.404,047 km², uma população de 38.166 habitantes (IBGE, 2010), sendo destes 33.318 habitantes na área urbana e 4.848 habitantes na área rural, ficando 670 km da capital estadual, Porto Alegre.

O município apresenta quatro Estratégias Saúde da Família (ESF), situados nos bairros periféricos Promorar, Rio Uruguai, José da Luz e Vila Nova, sendo que, existem equipes próprias e cada uma consta com cerca de 3000 habitantes. Ainda, existem quatro postos de atendimento, porém, não ocorre atendimento médico diariamente, em virtude do processo de organização do trabalho. Não há Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), sendo assim, o atendimento odontológico ocorre nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas ESF. Ademais, prevê-se a implantação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), o que pode melhorar a atenção aos usuários, além do caráter multidisciplinar envolvendo Fisioterapia, Psicologia e Nutrição.

Atuo na UBS Centro de Saúde (CS) cujo modelo é tradicional e está localizada na área central do município e de fácil acesso. Atualmente temos uma equipe de saúde que trabalha com ESF que realiza visitas domiciliares e acompanhamento dos usuários, o que não ocorre com as demais.

Em nível de estrutura, o CS apresenta fichário, laboratório (sala de coleta, análise e marcação de exames), farmácia, sala de curativos (em que também funciona a esterilização, injetáveis e nebulização), sala de verificação de sinais vitais, sala de vacinas, sala de enfermagem, quatro consultórios médicos (um deles é ginecológico), dois banheiros e um consultório odontológico, todas alocadas primeiro piso; já no segundo piso constam almoxarifado, sala de acolhimento para redução de danos, sala do programa HIV/AIDS, consultório de nutrição e psicologia, sala de telefonia e banheiro. Faz-se importante destacar que atualmente o CS está em reformas.

Dentre as limitações estruturais, considera-se a situação dos cadeirantes, por exemplo, uma vez que, embora dois consultórios apresentam livre acesso a esses usuários; nos demais, as portas são estreitas, não permitindo a passagem das cadeiras. Ademais, no segundo piso, não há acesso por rampa, somente escadas, o que gera, eventualmente, necessidade de troca de consultório a fim de atender esses usuários. Também se considera que a qualidade dos registros é precária; além disso, não há informatização. Associadamente, não há uma organização no armazenamento dos prontuários dos usuários, em que, às vezes, um mesmo usuário apresenta três arquivos, não permitindo, assim, acompanhar o processo de saúde-adoecimento. Não existe uma sala específica para a Enfermagem, o que interfere na triagem e no acolhimento dos usuários; nesse sentido, a gestão já verificou essa deficiência, sendo prevista na reformada UBS a sua ampliação, incluindo-se um consultório. Ainda, os banheiros não são adaptados a usuários com limitações físico-funcionais, na sala de espera o mobiliário não é confortável bem como um dos espaços de espera dos usuários está próximo a dois consultórios médicos e ao consultório odontológico em que, às vezes, o movimento e as conversas interferem nos atendimentos. Por fim, não há uma sala de expurgo, embora, esteja prevista na reforma, assim como, não existe uma sala específica para a esterilização de materiais, considerando-se que há um compartilhamento entre essa e os procedimentos como a aplicação de curativos e injeções.

No que tange aos materiais / insumos, o mobiliário da UBS é antigo e em mal estado de conservação, bem como as macas são de ferro e em alguns consultórios não há escadas para facilitar o acesso dos usuários. Existe uma deficiência em materiais gerais como fitas métricas, balanças e Pinard; além disso, segundo

informações do obstetra, o sonar está ultrapassado, interferindo em outros equipamentos da unidade de saúde.

Quanto à sala de procedimentos, não há material para sutura, sendo que, os usuários são encaminhados ao Ambulatório do hospital do município e também não há equipamentos para realizar uma lavagem de ouvido por tampão de cera. Contudo, um ponto positivo seria a presença de materiais para curativos como gases, ataduras, seringas e esparadrapos, o que permite que os usuários recebam esse atendimento na unidade de saúde e também nas visitas domiciliares, incluindo-se feriados e finais de semana, sem que, a enfermeira organiza a escala da técnica responsável por essa tarefa nos finais de semana. Em relação à disponibilidade de fármacos, atualmente na UBS constam apenas antialérgicos, expectorantes (principalmente no inverno), medicamentos para tratamento da hipertensão e diabetes como metformina 850 mg e atensina de 0,150 ou 0,200 mg. Ressalta-se, que na UBS a distribuição de preservativos é de livre demanda, sendo que, os masculinos estão à disposição já na entrada da unidade de saúde e os femininos devem ser solicitados aos profissionais da Enfermagem.

Na UBS temos a central de vacinação do município em que são oferecidas as vacinas do calendário nacional, bem como, em relação às cadernetas, as do idoso são distribuídas nos grupos, uma vez por mês, no salão comunitária e as do programa direcionado aos usuários com hipertensão e/ou diabetes são disponibilizadas todas as quintas-feiras na comunidade e na UBS. Em termos de acesso a exames laboratoriais, na UBS são realizados hemograma, de glicemia, de colesterol, de triglicerídeos, de uréia, de creatinina, de tipagem e de urina, contudo, outros como dosagem de hormônios da tireóide encaminhados a outro município. Deve-se comentar que, devido à demanda, geralmente, o tempo de espera para o retorno dos resultados é de 15 dias, pelo menos.

Em relação às atribuições profissionais, as enfermeiras, juntamente com o apoio do médico, estão encarregadas pelo programa de vigilância epidemiológica, de agentes comunitários de saúde (PACS) e Saúde da Mulher. Os profissionais da Medicina atuam nos programas HIV/AIDS, DST e Pré-natal; os técnicos de enfermagem participam das atualizações disponibilizadas pela coordenadoria da região, porém, infelizmente, não há contato com os dentistas. Importante destacar que não são realizadas reuniões, embora, haja diálogo sobre os usuários, as

abordagens, a organização de consultas e a solicitação de insumos. Ademais, existem encaminhamentos com protocolos de referência, mas, geralmente, não recebemos a contra referência ou o CID do especialista, fazendo com que os usuários retornem apenas com a proposta de tratamento e/ou solicitação de exames mais complexos, que, na maioria das vezes, não estão acessíveis mais complexos, além de gerarem demora na sua realização. As visitas domiciliares estão organizadas ocorrendo todas as quartas-feiras no turno da tarde, funcionando por meio de agendamento pessoal ou telefônico, sendo que, participam o médico, a enfermeira e a técnica de enfermagem. Atendimentos de urgência e emergência que são encaminhados, se necessário, ao pronto-socorro do hospital municipal. Ademais, realizam-se atividades coletivas voltadas a adolescentes, idosos e gestantes em escolas e associações dos bairros.

O acolhimento é realizado pelos profissionais da Enfermagem e técnicos na sala de verificação de pressão arterial, entretanto, diante do processo de trabalho e do significado amplo de acolher, pode-se sugerir que não ocorre de forma adequada, visto que, não se trata de uma especificidade de determinados profissionais. Ademais, ocorre distribuição de fichas aos usuários, não gerando, assim, aglomerações na UBS; sendo assim, um dos desafios será acolher a demanda espontânea.

No que concerne ao Caderno de Ações Programáticas (CAP), considerando-se a população total da área de abrangência de 18.000 habitantes temos 5.584 mulheres em idade fértil (10-49 anos), 4.955 mulheres entre 25 e 64 anos, 1.857 mulheres entre 50 e 69 anos, 270 gestantes (1,5% da população total), 216 crianças menores de um ano, 432 crianças menores de cinco anos, 2.670 pessoas de 5 a 14 anos, 11.791 pessoas de 15 a 59 anos, 2.457 pessoas com 60 anos ou mais, 4.024 pessoas com 20 anos ou mais com hipertensão e 115 pessoas com 20 anos ou mais com diabetes.

Em relação à Atenção ao Pré-Natal e Puerpério, há uma precariedade quanto aos dados, já mencionado anteriormente, porém, estimam-se 66 gestantes acompanhadas na unidade de saúde resultando em uma cobertura de 24% e não existem registros sobre o número de mulheres que fizeram consulta de puerpério nos últimos 12 meses; dados acerca da qualidade do serviço de saúde não estão disponíveis. O acompanhamento que ocorre na UBS funciona por meio de consultas com o médico clínico geral em que a usuária, com amenorréia, apresenta

sintomatologia presuntiva e /ou sugestiva de gravidez, sendo solicitado um exame confirmatório como o Beta- HCG no sangue ou o teste rápido de urina; se negativo, encaminha-se a usuária para o planejamento familiar e se positivo, faz-se o encaminhamento ao obstetra da UBS.

O médico obstetra é responsável pelo seguimento das gestantes, atendendo entre as 11:00h e as 13:00h, três vezes por semana; usualmente, as usuárias atendidas são oriundas também de outras regiões do município, fora da zona de cobertura. Ainda, o obstetra conta com o apoio de uma técnica em enfermagem que é responsável pelo agendamento das consultas e controle de sinais vitais. Ademais, há uma enfermeira que autoriza exames, realiza consultas obstétricas com incentivo ao aleitamento materno e esclarecimento de dúvidas. Não ocorrem atividades em grupo, somente nas consultas individuais são repassadas orientações sobre aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido e anticoncepção. Em termos de protocolos, o médico adota referências do MS e normas do município com respeito à solicitação de exames laboratoriais, ecografia, diagnósticos e tratamentos bem como tem acesso ao pronto socorro e à maternidade do hospital municipal.

Os programas de saúde ficam a cargo de cada enfermeiro. Para cada programa há um médico também encarregado. No caso de saúde da gestante somente um médico obstetra faz o acompanhamento pré-natal. Quando diagnosticamos uma gestação, esta não retorna ao clínico geral e já é agendada direto com o obstetra. O puerpério é também realizado pelo obstetra juntamente com o clínico. Uma deficiência observada nesse programa é que o parto é realizado por outro obstetra que não o acompanhou. Aqui o sistema divide o médico obstetra do ESF que acompanha a gestação, porém este não atende no hospital da cidade, fazendo com que a gestante no momento do parto não tenha o apoio do seu médico de cabeceira.

Quanto à Atenção à Saúde da Criança, adota-se protocolo do MS, é realizada pelo médico pediatra junto com o médico clínico, no entanto, a maior demanda fica sob responsabilidade do primeiro. Segundo o CAP, 136 crianças são acompanhadas na unidade de saúde, resultando em uma cobertura de 63% bem como não existem informações sobre a qualidade do serviço de saúde. As consultas funcionam com agendamento sob responsabilidade da técnica de enfermagem, sendo que, atendem-se usuários da área de abrangência e externos. Na sala de vacinação as técnicas de enfermagem e as enfermeiras controlam a imunização das crianças,

promovem o aleitamento materno e monitoram o crescimento e o desenvolvimento. Ainda, na UBS, o laboratório está integrado ao teste do pezinho e também disponibiliza a triagem auditiva neonatal que é realizada pela fonoaudióloga.

No que tange ao Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama, não temos informações sobre as mulheres atendidas e acompanhadas na unidade de saúde, todavia o CAP aponta estimativas de 4.955 mulheres entre 25 e 64 anos para o câncer de colo de útero e 1.857 mulheres entre 50 e 69 anos para câncer de mama. Na unidade de saúde realizamos o *screening* para neoplasias de mama e de colo uterino, conforme protocolo do MS, atendendo a demanda da área e de fora, sendo que, é realizado principalmente por dois médicos ginecologistas, dois enfermeiros e médico da família. Realiza-se agendamento e as consultas contam com enfermeiras e ginecologistas que fazem exame preventivo e prevenção do câncer de mama bem como com exames e de imagem (mamografia e ecografia); ainda, também ocorre de forma oportuna quando por meio de consulta médica detecta-se a falta de periodicidade no *screening* o que gera o encaminhamento da usuária à equipe de enfermagem para o pré-agendamento.

A Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a Diabetes Mellitus (DM) são doenças de elevada prevalência, sendo que, na UBS, ocorre uma ênfase à atenção que é realizada de forma conjunta pela equipe de enfermagem com o gestor municipal em reuniões que são quinzenais ou mensais. Após, ocorre o repasse das informações à equipe. Segundo o CAP, estimam-se 4.024 usuários com HAS, sendo atendidos e acompanhados na unidade de saúde 990 com cobertura de 25%; já em relação aos usuários com DM estimam-se 1.150 sendo acompanhados 318 (28%), todavia, dados sobre o serviço de saúde são escassos.

A atenção à saúde dos usuários com HAS e/ou DM é realizada preferencialmente nas associações, visto que, para as atividades coletivas, a UBS não apresenta espaço físico adequado. Todas as quintas-feiras, o médico da família, um enfermeiro e uma técnica em enfermagem visitam comunidades como Cafifas, Cohab, Ênio Saiago e 24 de maio. Durante as visitas realizam-se orientações quanto à alimentação e à prática regular de atividade física, bem como mensuram-se os níveis pressóricos e o HGT, além da distribuição de medicamentos, renovação de prescrições e solicitações de exames laboratoriais.

O atendimento na UBS, como já comentado, funciona principalmente por meio de distribuição de fichas, contudo, também são atendidas emergências e

urgência como crises hipertensivas e *descompensações* metabólicas; se necessário, pode-se fazer encaminhamento ao hospital municipal. No momento, o município não apresenta médico cardiologista credenciado ao SUS bem como não há médico endocrinologista, fazendo com que haja o encaminhamento dos usuários aos municípios de Ijuí e Uruguaiana.

Quanto à Atenção à Saúde da Pessoa Idosa, o CAP estima 2.457 idosos com 60 anos ou mais residentes na área, porém, não temos informações fidedignas para os indicadores de cobertura e de qualidade do serviço de saúde. Na UBS adota-se o Caderno de Atenção Básica – Saúde do Idoso (MS) bem como são realizadas atividades em grupo, agendamentos e demanda espontânea. Participam ativamente do grupo de atenção a esses usuários o médico da família, a enfermeira e a técnica de enfermagem em que são verificadas pressão arterial, HGT, consultas médicas e orientações sobre cuidados pessoais (higiene) e uso de medicamentos. Os idosos são atendidos manhã e tarde por meio do sistema de fichas, porém, reservam-se quatro fichas como prioridade tendo-se em vista possíveis casos agudos e ainda possíveis encaminhados ao hospital municipal. Pode-se comentar que o atendimento dos idosos que apresentam limitações físico-funcionais são realizados nas visitas domiciliares, às quartas-feiras, no período da tarde, sendo que, o agendamento ocorre mediante contato telefônico ou na própria UBS; além disso, outros profissionais como fisioterapeutas e assistentes sociais participam dessa atividade.

No município de Itaqui não há Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), todavia, a atenção à Saúde Bucal ocorre nas unidades de saúde, como no CS, onde temos uma sala odontológica com cadeira e autoclave, por exemplo. Não temos dados referentes ao CAP, principalmente, pelo processo de trabalho que se apresenta inverso (turnos) e pela grande demanda. Se necessário, são realizados encaminhamentos para interconsultas que são agendadas com a secretaria e a atenção à população do interior do município ocorre mediante a unidade móvel.

1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório de Análise Situacional

Ao se realizar a Análise Situacional, foi possível conhecer de forma mais aprofundada a realidade da unidade de saúde podendo-se verificar que há necessidade, inicialmente, de uma maior qualificação nos registros.

Também se observou que a maioria das ações programáticas segue as recomendações do MS, todavia, com dificuldades, o que sugere que mediante uma atualização e sistematização da prática se pode alcançar maior cobertura e qualidade no serviço de saúde.

2 Análise estratégica

2.1 Justificativa

O diabetes é uma síndrome metabólica de origem múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos, causando um aumento da glicose no sangue é uma causa significativa de morbimortalidade e que predispõe o paciente a várias outras doenças assim como a hipertensão arterial é uma doença caracterizada pela elevação dos níveis tensionais que leva também a um alto índice de morbimortalidade. Segundo a pesquisa Nacional de Amostra de Domicílio-PNAD (2008) mostrou que 14,0% e 3,6% da população geral referiram ter Hipertensão e Diabetes respectivamente. Estas doenças crônicas não transmissíveis são causas de morbimortalidade no mundo, podendo favorecer uma série de outros agravos, são de diagnóstico simples e para seus tratamentos utilizamos medicamentos de baixo custo e eficácia comprovada.

Nossa equipe que atuará na intervenção da hipertensão e diabetes mellitus e contará com o médico, enfermeira, técnica de enfermagem e juntamente com apoio multidisciplinar de psicólogo e nutricionista. A população adscrita é em torno de 18.000 a 22.000 habitantes; sendo esta população de hábitos culturais típicos, alimentação rica em gordura animal e carboidratos e baixo consumo de leguminosas.

Ao analisar os indicadores do caderno de atenção básica vemos que a cobertura de nossa unidade é de 25% de usuário com HAS acompanhados sendo este valor 990 habitantes com HTA do total de 4024 usuário com HAS, e 28% de usuários com DM acompanhados sendo este valor 318 habitantes com DM do total

de 1150 usuários com DM. Nosso projeto está sendo muito bem recebido pelos profissionais da saúde e pelos usuários, os mesmos estão muito contentes com este acompanhamento já que é a primeira vez que passaram por este tipo de controle mais estrito, o município vinha desenvolvendo o o grupo de usuário com HAS e usuários com DM somente com a entrega de medicação e aferição de PA e HGT, porém, sem consulta médica e controles de laboratórios mais específicos.

A equipe que desenvolverá o projeto é composta por médico do Programa “Mais Médicos para o Brasil”, enfermeira, tec. de enfermagem, nutricionistas. Os integrantes estão coesos nas ideias de levar uma melhor qualidade de vida e melhores cuidados nestas doenças que são crônicas e muitas vezes de fácil controle.

Esta intervenção é necessária, pois, como citado anteriormente, tendo em conta os dados coletados durante a fase da análise situacional e vivências diárias, são patologias muito frequentes entre nossos usuários em geral e que em nossa unidade básica cerca de 40% do atendimento são as síndromes metabólicas descompensadas ou mal controladas, a implementação desta ação programática irá melhorar a atenção a estes usuários e também buscando garantir material adequado para verificação da pressão arterial e glicemia, tentar sempre atualizar o número de usuários com DM e usuário com HAS da área programática, avaliar o completo preenchimento dos dados dos usuários, salientar sobre medidas de educação em saúde como, divulgação do programa, orientar sobre os fatores de risco de usuários usuários com DM e usuário com HAS, enfatizar sobre a realização de controles da pressão arterial e glicemia, qualificação da prática clínica, qualificar o pessoal para realização de métodos adequados de verificação da pressão arterial e hemoglicoteste, além de garantir qualificação do pessoal da equipe, isso sem dúvida nenhuma irá melhorar a qualidade na atenção a estes usuários; outro ponto importante é estimular a frequência dos usuários em nossos grupos de usuário com HAS e usuários com DM, para assim resultar em um melhor controle e menos complicações agudas e crônicas destas enfermidades.

A equipe está animada para a realização do projeto, todos envolvidos estão entusiasmados para a realização de um bom trabalho para no fim das 16 semanas realizarmos um levantamento geral e ter nossas conclusões da nossa intervenção. Como já foi dito o projeto será viabilizado com certa dificuldade por apresentarmos

uma grande área programática, porém basta o comprometimento e a vontade de melhorar o sistema para viabilizar nosso projeto.

2.2. Objetivos e metas

2.2.1. Objetivo geral:

Melhorar a qualidade da atenção e assistência prestada aos Hipertensos e/ou Diabéticos na Estratégia de Saúde da Família na área de abrangência no Centro de Saúde no município de Itaquí / RS, Brasil.

2.2.2. Objetivos específicos e metas:

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

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuário com HAS e/ou usuários com DM.

- 1.1. Cadastrar 60% (atualmente 25%) dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- 1.2. Cadastrar 60% (atualmente 28%) dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a usuário com HAS e/ou usuários com DM

- 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS.
- 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com DM.
- 2.3. Garantir a 100% dos usuários com HAS a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.4. Garantir a 100% dos usuários com DM a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.
- 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.
- 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.
- 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS.
- 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com DM.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão de usuário com HAS e/ou usuários com DM ao programa

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

Relativas ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Relativas ao objetivo 5: Mapear usuário com HAS e usuários com DM de risco para doença cardiovascular

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

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

Relativas ao objetivo 6: Promover a saúde de usuário com HAS e usuários com DM.

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

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

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

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

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários usuário com HAS.

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

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

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

2.3. Metodologia

2.3.1. Ações e Logística

Durante a intervenção, seguiremos como base o protocolo do Ministério da Saúde, por meio dos Cadernos de Atenção Básica, nº 36 e 37. Estratégias para o cuidado da pessoa com Diabetes e Hipertensão, respectivamente (BRASIL, 2013).

A intervenção será realizada num período de 16 semanas, onde serão desempenhadas as ações no Centro de Saúde, através do acompanhamento dos usuários de serviço que possuem hipertensão e diabetes, pertencentes à área de abrangência do Centro de saúde. A captação desta população será realizada no próprio centro de saúde assim que estes usuários procurarem atendimento na

unidade, sendo marcada sua consulta com o médico e/ou enfermeira, que o cadastrará no Programa para Hipertensão e Diabetes. Os dados coletados das consultas serão colocados e plotados nas fichas espelho e/ou prontuários (FAA-fichas de atendimento ambulatorial), que contém todas as informações necessárias para o seu acompanhamento, sendo posteriormente transferidas para as planilhas de coleta de dados da intervenção, também serão realizadas atividades como: orientações, integração da equipe multiprofissional durante o cuidado, capacitação da equipe, com acompanhamento e avaliação periódica.

Registro Específico

Para melhor organização vamos cadastrar 60% dos usuários com HAS e usuários com DM, quando os mesmos forem retirar sua medicação de uso contínuo, nos grupos e através das consultas médicas, com a detecção de novos casos, já realizaremos o convite para participar das nossas reuniões.

Monitoramento Regular

Pretendemos nos reunir no final do expediente para discutir sobre o material escolhido para realizar a intervenção, para que assim toda a equipe utilize este material como referência na atenção a usuário com HAS e usuários com DM.

Realizaremos também contato com a comunidade para esclarecer sobre a importância da prevenção da diabetes e hipertensão assim como esclarecimento sobre os fatores de risco.

Os encontros com os grupos ocorrerão semanalmente, já que iremos realizar quatro grupos para manter princípios de integralidade do SUS, e usuários faltantes serão contatados através do agente comunitário de saúde, este será o responsável pela divulgação do encontro. Os encontros serão padronizados sendo todas as quintas-feiras nas comunidades dos bairros visitados no horário a partir das 07:30. A equipe se deslocará da unidade central com a caixa de medicação da farmácia básica, glicosímetros e esfigmomanômetros.

Divulgação do encontro ficará a cargo da ACS, ao paciente chegar ao grupo será atendido por ordem de chegada sendo realizada uma ficha de atendimento ambulatorial. Em todo o encontro será solicitado a ficha espelho de controle que consta a medicação em uso, P.A. e HGT aferidos no ato.

O técnico de enfermagem será responsável pela aferição dos sinais.

O enfermeiro distribuirá a medicação e realizará palestras informal sobre os riscos e cuidados a serem tomados.

O médico realizará consultas, renovação de receitas e avaliação dos usuários tanto no âmbito físico como laboratorial.

Os multiprofissionais nos auxiliarão nos grupos palestrando e aclarando certas situações pendentes aos usuários.

Toda equipe será responsável por estimular o paciente aos cuidados higiênico e dietético e ao engajamento e frequência ao grupo, aclarando a importância da sua assiduidade para a qualidade de vida e melhor acompanhamento. Para controlar a frequência dos nossos usuários realizaremos um cadastro através de planilha confeccionada.

O material (esfigmomanômetro, glicotestes, folders) será solicitado juntamente à secretaria de saúde municipal, no caso da guia a ser seguida para intervenção será de responsabilidade do médico, o material será impresso no Centro de Saúde e distribuído para os profissionais envolvidos no projeto. A parceria com multiprofissionais é solicitada também juntamente a secretaria. A capacitação da equipe será realizada em forma de reuniões e quem passará as devidas informações será o médico.

Os usuários adscritos serão avisados das reuniões comunitárias (em sedes comunitárias dos bairros/vilas da área de abrangência) que acontecerão uma vez ao mês, assim em um mês visitaremos os quatro bairros adscritos. A população será avisada por meio de veículo de rádio e pelo trabalho das ACS.

O deslocamento dos profissionais para os centros comunitários será realizado pelo veículo da secretaria da saúde e/ou particular, sendo levados em cada encontro aparelho para aferição de pressão arterial e glicemia (hemoglicoteste), levaremos também a medicação a ser distribuída (medicamentos estes presentes na rede básica municipal).

O apoio multiprofissional se deslocará conosco sempre que possível para a melhor orientação destes usuários, quanto a questões dietéticas e psicológicas de aceitação da doença em questão.

Todos estes equipamentos e medicamentos serão proporcionados pela secretaria de saúde assim como o aumento das cotas para exames de controle destes usuários.

Todo este projeto ocorrera em quatro comunidades que são parte da área adscrita do Centro de Saúde, sendo visitados todas as quinta-feira pelo turno da manhã uma vez ao mês para dar continuidade no atendimento do CS.

A busca ativa e atendimento a demanda será realizado nas comunidades e no CS de forma que todo paciente que aferir a PA e tiver alguma alteração recebera atendimento médico já no momento ou sairá com consulta agendada pela equipe de enfermagem. A alimentação do sistema de informação será realizado pelo enfermeiro chefe encarregado ao qual já realiza este tipo de tarefa.

Em nossos encontros iremos reforçar a importância dos transtornos hipertensivos e usuários com DM e suas comorbidades, para evitar certos agravos como amputações, acidentes vasculares cerebrais e infarto agudo do miocárdio, entre outros. Tudo será feito com orientação verbal e visual, aqueles usuários faltantes por impossibilidades de atenção por barreira demográfica ou social realizaremos a sua busca ativa nas residências nas quartas a tarde, já os faltantes sem estas dificuldades ficaram a cargo das agentes comunitárias de suas micro áreas.

Os profissionais comprometidos com o projeto serão apresentados ao protocolos guia em forma de reuniões no Centro de Saúde, será explicado pelo médico a forma ao qual deverão seguir, tanto no preenchimento das fichas espelho e no que diz respeito a aferição de PA e HGT, entre outras questões a serem trabalhadas, a princípio o encontro com este fim ocorrerá em uma única oportunidade, porem diante de alguma necessidade ou dúvida durante a intervenção será realizado novo encontro. Dentro deste tópico serão trabalhadas formas de orientação aos usuários quanto a questões dietéticas, medicamentosas (como tomar, hora, organização) e importância da atividade física.

A avaliação da saúde bucal fica a cargo do profissional odontologista, e quando couber, médico e enfermeiro farão uma pré-avaliação encaminhando este paciente para o profissional adequado.

Com a chegada de um profissional endocrinologista na cidade ficará mais fácil o encaminhamento de usuários de difícil controle de níveis glicêmicos, já a questão de HTA se necessário uma avaliação com especialista os usuários serão encaminhados para a cidade de Uruguaiana ao qual possui um centro cardiológico, já que em Itaquí não possuímos cardiologistas pelo SUS. Todas estas questões

estão acertadas com o gestor e o encaminhamento é realizado através de folha de referência, conforme sistema municipal.

2.3.2. Indicadores

Relativas ao objetivo 1: Ampliar a cobertura a usuário com HAS e/ou usuários com DM.

Meta 1: Cadastrar 60% dos usuários com HAS da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS na unidade de saúde.

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

Denominador: Número total de usuário com HAS residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 2: Cadastrar 60% dos usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de usuários com DM 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 DM residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a usuário com HAS e/ou usuários com DM

Meta 1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS.

Indicador: Proporção de usuário com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de usuário com HAS com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com DM.

Indicador: Proporção de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

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

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Meta 3: Garantir a 100% dos usuários com HAS a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de usuário com HAS com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4: Garantir a 100% dos usuários com DM a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador: Proporção de usuários com DM com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de usuário com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de usuário com HAS com prescrição de medicamentos.

Meta 6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

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

Meta 7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com HAS.

Indicador: Proporção de usuário com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de usuário com HAS com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

Meta8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos usuários com DM.

Indicador: Proporção de usuários com DM com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a adesão de usuário com HAS e/ou usuários com DM ao programa

Meta 1: Buscar 100% dos usuários com HAS faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de usuário com HAS faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

Denominador: Número total de usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Meta 2: Buscar 100% dos usuários com DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

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

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

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Relativos ao objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de usuário com HAS com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de usuários com DM com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Relativos ao objetivo 5: Mapear usuário com HAS e usuários com DM de risco para doença cardiovascular

Meta 1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de usuário com HAS com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de usuários com DM com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Relativos ao objetivo 6: Promover a saúde de usuário com HAS e usuários com DM

Meta 1: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com HAS.

Indicador: Proporção de usuário com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários com DM.

Indicador: Proporção de usuários com DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Meta 3: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários usuário com HAS.

Indicador: Proporção de usuário com HAS com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 4: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários com DM.

Indicador: Proporção de usuários com DM com orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Meta 5: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários usuário com HAS.

Indicador: Proporção de usuário com HAS com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários com DM.

Indicador: Proporção de usuários com DM com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

Meta 7: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com HAS.

Indicador: Proporção de usuário com HAS com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde.

Meta 8: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários com DM.

Indicador: Proporção de usuários com DM com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de usuários com DM cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Cronograma.

Cronograma do Programa de Ação																
Atividades	Semanas															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação sobre os Protocolos, os Programas e os registros.	■															
Definição de papéis entre os membros da equipe	■															
Cadastramento no programa de Hipertensão e Diabetes	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Demanda de materiais aos gestores		■							■							
Cadastramento de novos casos			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Implementação de registros			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Controle de estoque de medicamentos			■				■				■				■	
Monitorar o número de usuário com HAS e de usuários com DM cadastrados	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Monitorar as intervenções			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Estabelecer vínculos com profissionais	■				■				■				■			
Capacitar a equipe		■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Visitas domiciliares de usuário com HAS e usuários com DM – será realizada juntamente às visitas do CS.	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Busca de faltosos					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Seguimento a usuários de alto risco – referidos ao CS.					■				■				■			
Educação em Saúde nos grupos				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Atendimento clínico dos usuários com HAS e Usuários com DM	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Grupos de usuário com HAS	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Grupo de Usuários com DM	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Interconsulta com especialidades				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Promoção de alimentação saudável e atividade física				■	■				■				■		■	
Atualização das informações do SIAB.				■	■				■				■			
Atualização dos cadastros				■	■				■				■			

3 Relatório de intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Durante o desenvolvimento do projeto as ações previstas pelo cronograma foram realizadas conforme o programado, mas com algumas dificuldades. Dentre as dificuldades podemos citar os feriados de fim de ano e as enchentes que passamos, com isso tivemos que reorganizar nossa agenda de intervenção, mudando datas de alguns grupos e forma de abordagem de acordo com cada área que prestávamos tal atenção. Durante estas catástrofes ambientais saímos do foco da intervenção e tivemos que nos preocupar mais com doenças infectocontagiosas que era a necessidade da população no momento. Tentamos manter ao máximo a intervenção, porém, avaliamos que não com a mesma intensidade das demais semanas.

Outra dificuldade enfrentada durante a intervenção foi o grande número de usuários que buscavam o serviço, mas não eram de nossa área, pelo mau funcionamento das outras unidades e falta de médicos acabamos atendendo usuários de outras áreas programáticas, porém estes não foram registrados nas planilhas, mas nos demandava uma atenção extra e uma sobrecarga de demanda diária.

Dentre as ações que não foram realizadas adequadamente podemos citar a avaliação odontológica, pois não tínhamos o controle total dos usuários que eram avaliados pelos profissionais, pois não conseguimos que os dentistas preenchessem nossa ficha, pois não faziam parte da ESF e não aderiram ao projeto. Preenchemos

a tabela conforme anamnese realizada no consultório médico, ao encaminhar o usuário ao dentista, no seu retorno, realizávamos o questionamento se recebeu orientações e se realizou algum procedimento, nós conseguimos registrar esta informação desta forma mesmo sabendo que não era a adequada. Uma grande dificuldade foi na avaliação do risco cardiovascular, pois com a falta de cardiologistas na rede básica municipal nossos usuários eram encaminhados para a referência da décima coordenadoria de saúde, nossa avaliação era baseada na clínica e ECG de repouso se alterados os usuários era encaminhado, aqui a espera para a avaliação especializada era de aproximadamente 2 a 3 meses.

Começamos sem o apoio nutricional nos grupos, mas com o desenvolver do projeto conseguimos levar em todos os grupos a nutricionista e contamos também com o NASF, a qual os usuários eram encaminhados para consultas. A avaliação nutricional era realizada através da NASF, assim como orientação a atividade física. Pois a nutricionista era de fácil acesso e com os acadêmicos estagiários os grupos sempre contaram com o apoio e orientação quanto à alimentação saudável.

Para a implementação do projeto realizamos a capacitação dos agentes e membros da equipe em nossa UBS, usamos como referência protocolos do Ministério da Saúde nossa capacitação foi bastante produtiva, as dúvidas que foram surgindo foram sendo esclarecidas no decorrer da intervenção.

O cadastramento dos usuários com HAS e usuários com DM foi realizado por toda a equipe. A busca ativa de faltosos foi realizada também por toda equipe e era realizada no dia a dia, durante as visitas domiciliares.

Exames clínicos eram realizados no consultório da UBS, nestes não tivemos dificuldades, a aparelhagem básica como estetoscópio, hemoglicoteste e esfignomanômetros tínhamos disponíveis em nossa UBS. Já com relação aos exames complementares tivemos a dificuldade da demora esperada, a demora, apesar de ser inferior a muitos municípios vizinho, foi em torno de 20 dias para a realização dos exames, mas quando c.

Medicamentos na rede básica eram distribuídos de uma forma interessante, no começo muitas medicações estavam em falta, com o tempo conseguimos organizar a nossa farmácia melhorando a assistência aos nossos usuários, e aqueles medicamentos que não eram contemplados às vezes tinham na farmácia popular.

A nossa principal falha foi que a equipe não se engajou por completo, mesmo com a apresentação do projeto a ser executado pelo enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes de saúde, nutricionista e educador físico estavam engajados, mas os demais médicos além de mim não, e temos de 6 a 8 médicos que trabalham na Unidade, apenas eu entre os médicos registrei na ficha espelho e participei de todas as ações como o cadastramento, busca ativa e acompanhamento dos usuários com HAS e usuários com DM da forma planejada no projeto. Os dentistas também não aderiram ao projeto.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

No decorrer da intervenção não tivemos ações previstas na intervenção que não tenham sido realizadas neste período de 4 meses, as ações foram todas desenvolvidas, nem todas por completo, mas todas as ações saíram do papel.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A coleta de informação foi tranquila, o que foi dificultoso por parte dos agentes de saúde foi o preenchimento das fichas espelhos, pois tiveram algumas dificuldades para se adaptarem ao preenchimento desta nova forma de registro, e também parte da dificuldade para o preenchimento foi o pequeno número de agentes comunitários de saúde que colaborou para dificultar a coleta de dados e sistematização das mesmas. A compilação de dados na tabela eletrônica no começo foi difícil de entender para a organização dos indicadores de saúde, pois com o passar das semanas conseguimos organizar e diminuir os erros presentes. Nas primeiras semanas os indicadores davam números inesistentes, porém a adaptação foi rápida e logo nas semanas seguintes foi tudo solucionado.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A intervenção foi realizada, teve seu término e a intenção é de darmos a continuidade desta intervenção, para continuar a melhorar o controle das comorbidades e da qualidade de vida dos usuários. Enfrentamos dificuldades, como a falta de colaboração dos demais colegas médicos, creio que se houvesse a colaboração teríamos um maior número de usuários controlados, já conseguimos expandir nosso grupo de encontro para a região do interior, local antes pouco assistido. Organizamos protocolos para urgências hipertensivas e hiperglicêmicas que ainda não haviam no nosso Centro de Saúde.

Nossa intervenção não termina aqui, os grupos permanecerão, o propósito é continuar com a educação saudável da população, estimular a prevenção de agravos decorrentes da diabetes mellitus e hipertensão arterial, uma mudança do estilo de vida com vista em uma vida saudável sendo este o nosso enfoque.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Os resultados da intervenção realizada na UBS – Centro de Saúde de Itaqui-RS – serão analisados em forma de gráficos e percentuais que seguem abaixo, analisaremos de forma quantitativa com gráficos, e de forma qualitativa.

O projeto de intervenção procurou melhorar a atenção à saúde aos usuários com diabetes mellitus e hipertensão arterial na área adscrita. A nossa UBS abrange uma área com uma população de aproximadamente 18.000 habitantes. Destes, temos 990 usuários com HAS com 20 anos ou mais e 318 usuários com DM nesta idade. Acompanhamos durante a intervenção 196 usuários com HAS e 130 usuários com DM.

O primeiro objetivo era de ampliar a cobertura aos usuários com HAS e/ou usuários com DM e alcançar a meta de cadastrar 60% dos usuários com HAS e/ou usuários com DM da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Para os usuários com HAS atingimos 19,9% de cobertura ao final da intervenção (Figura 1). Tivemos um aumento progressivo dos usuários com HAS cadastrados com 28 (2,8%), 100 (10,1%), 145 (14,6%) e 197 (19,9%) usuário com HAS cadastrados nos meses 1, 2, 3 e 4, respectivamente.

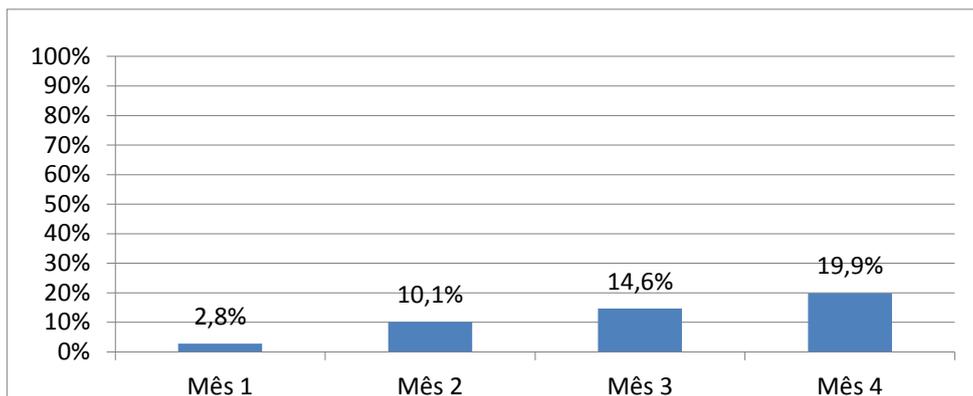


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao usuário com HAS no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final.

Para os usuários com DM atingimos 40,9% de cobertura ao final dos 4 meses de intervenção (Figura 2), havendo um aumento progressivo de 19 usuários (6,0%) no primeiro mês, 63 usuários (19,8%) no segundo mês, 95 usuários (29,9%) no terceiro mês e 130 usuários (40,9%) no quarto mês.

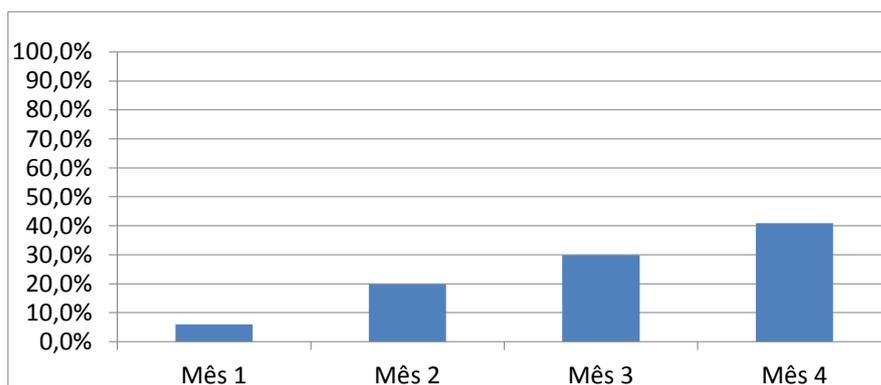


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final

Apesar do aumento progressivo a meta estabelecida não foi alcançada, muitos usuários usuário com HAS e usuários com DM foram atendidos, mas não foram cadastrados no Programa, já que os dos demais médicos da equipe não aderiram à intervenção, ou seja, muitos usuários com HAS e/ou usuários com DM foram atendidos durante o período de intervenção, porém nem toda a equipe aderiu ao Programa, assim muitos não foram cadastrados conforme planejado inicialmente. Além disso, temos uma população e área de abrangência bem maior do que a requerida pelo Ministério da Saúde o que dificulta no engajamento da população, no vínculo com a UBS e na divulgação do Programa.

O segundo objetivo era de melhorar a qualidade da atenção aos usuários com HAS e/ou usuários com DM. A primeira meta deste objetivo era de realizar exame clínico apropriado em 100% dos usuários com HAS e/ou usuários com DM.

Para os usuários com HAS atingimos 30,5% com exame clínico apropriado ao final dos 4 meses de intervenção (Figura 3). No primeiro mês tivemos 5 de 28 (17,9%) usuário com HAS cadastrados com exame apropriado, no segundo mês foram 29 de 100 (29,0%) usuário com HAS, no terceiro mês foram 43 de 145 (29,7%) usuários com HAS e o quarto mês 60 de 197 (30,5%) usuários com HAS cadastrados com exame clínico em dia. Já nos usuários com DM atingimos 40,8% com exames clínicos apropriados conforme relatado na Figura 4. No primeiro mês, tivemos 3 de 19 (15,8%) usuários com DM cadastrados com exame apropriado, no segundo mês foram 20 de 63 (31,7%), no terceiro mês foram 36 de 95 (37,9%) e o quarto mês 57 de 130 (40,8%) cadastrados com exame clínico em dia.

A meta inicial era de 100% e não foi alcançada, pois muitos dos usuários consultavam e realizavam exames de rotina com outros médicos os quais não aderiram à intervenção. Os demais médicos não aderiram a nossa intervenção e não quiseram compartilhar este cuidado continuado. O cadastro dos usuários foi realizado por toda equipe: agentes, técnicos, enfermagem e o médico responsável pela intervenção, apenas este médico utilizou a ficha espelho do programa. Usuários cadastrados atendidos pelos demais médicos só tinham o registro completo quando consultavam com o médico do programa de intervenção, assim realizava consulta clínica, avaliação e orientava retorno para seguimento, já que os demais médicos não usavam a ficha espelho, apenas o prontuário não havendo registro completo de todos os indicadores necessários para o preenchimento da planilha de coleta de dados.

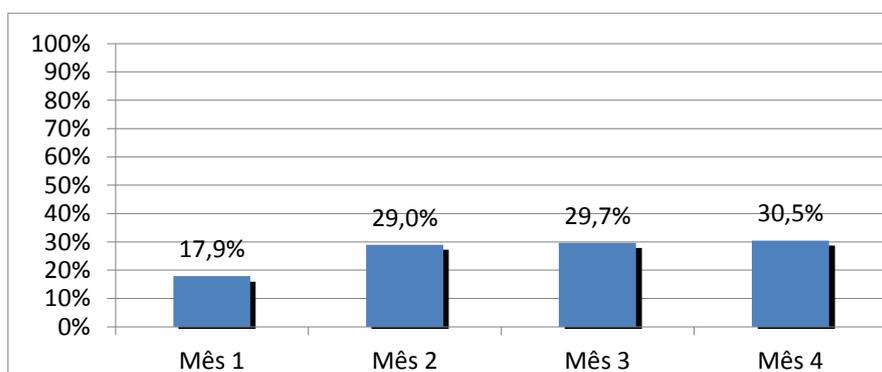


Figura 3. Proporção de usuário com HAS com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final

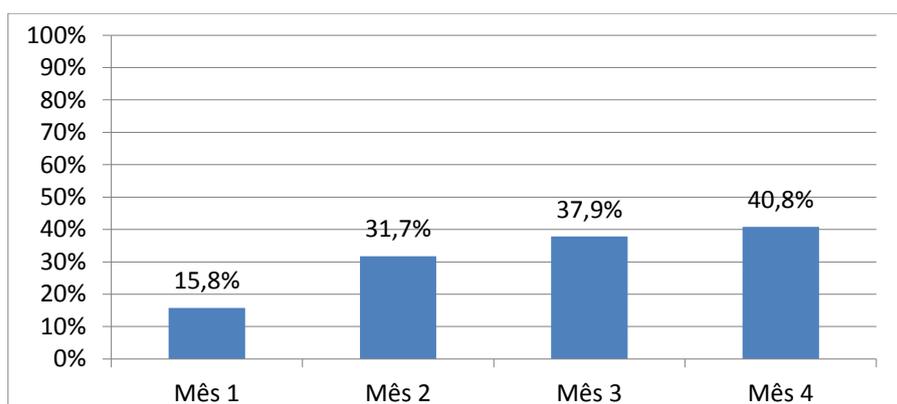


Figura 4. Proporção de usuários com DM com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final

A segunda meta deste objetivo era de garantir 100% dos usuário com HAS e/ou usuários com DM com exames complementares em dia conforme protocolo.

As Figuras 5 e 6 nos trazem o percentual de usuáriu usuário com HAS e/ou usuários com DM com exames complementares em dia conforme protocolo. Na Figura 5 para os usuáriu usuário com HAS os resultados foram 5 de 28 (17,9%), 29 de 100 (29,0%), 43 de 145 (29,7%) e 60 de 197 (30,5%) nos meses 1, 2, 3 e 4, respectivamente. Na Figura 6 observamos para os usuáriu com DM 3 de 19 (15%) primeiro mês, 20 de 63 (31,7%) segundo mês, 36 de 95 (37,9%) terceiro mês, 53 de 130 (40,8%) quarto.

Vale ressaltar que estes exames aqui registrados representam os solicitados pelo nosso grupo, como já foi falado muitos destes usuáriu eram acompanhados por outros profissionais ao qual não registraram, nem acompanharam conforme protocolo, por isso não alcançamos a meta. Pelo município estar em implementação dos ESF certos profissionais não tem a mentalidade de seguimento e acompanhamento clínico como os médicos da família.

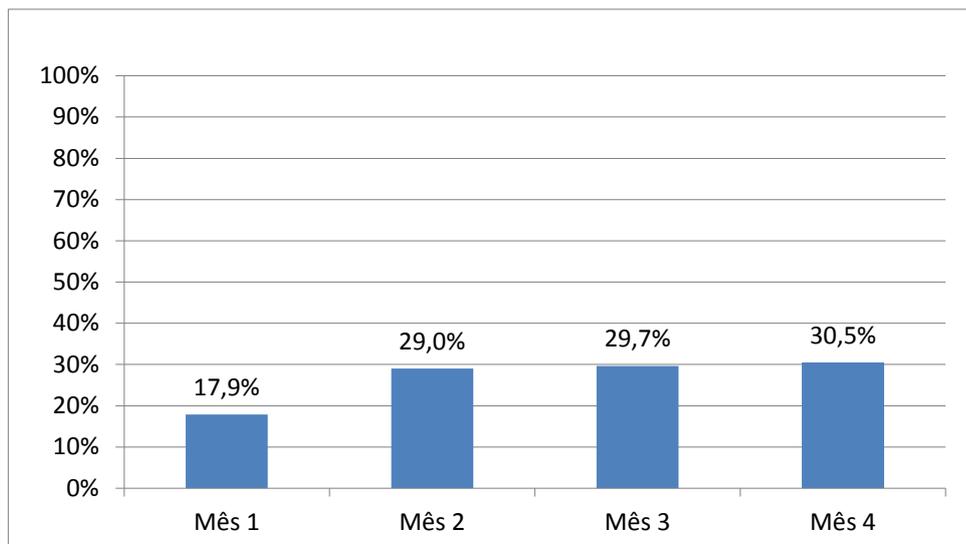


Figura 5. Proporção de usuário com HAS com exames complementares em dia de acordo com o protocolo no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.
Fonte: Planilha de coleta de dados final

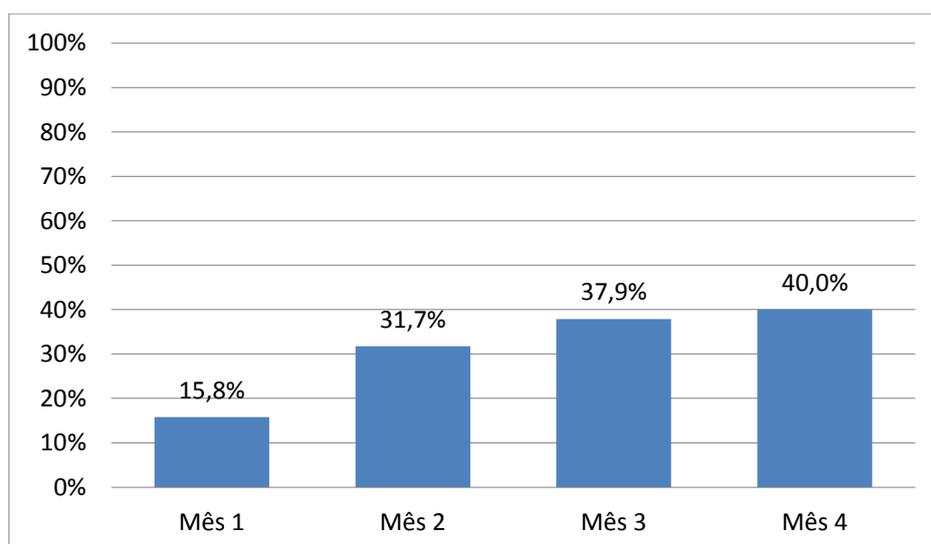


Figura 6. Proporção de usuários com DM com exames complementares em dia de acordo com o protocolo no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015.
Fonte: Planilha de coleta de dados final

A terceira meta deste objetivo era de garantir a 100% dos usuário com HAS e/ou usuários com DM com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia cadastrados na unidade de saúde.

Para os usuários usuário com HAS, conforme apresentado na Figura 7, ao final da intervenção 93,2% dos usuários com HAS acompanhados tiveram prescrição de medicamentos que constam na rede básica municipal ou farmácia popular, foram 26 de 28 (92,9%) no primeiro mês, 90 de 93 (96,8%) no segundo mês, 126 de 131 (96,2%) no terceiro mês, 165 de 177 (93,2%) no quarto mês. Para

os usuários com DM, alcançamos 92,6% dos usuários cadastrados, conforme a Figura 8, ao final da intervenção. Foram 14 de 15 (93,3%) no primeiro mês, 51 de 52 (98,1%) no segundo mês, 71 de 73 (97,3%), no terceiro mês, 87 de 94 (92,6%) no quarto mês.

Muitos destes usuários logo após consultar com clínico geral, endocrinologista ou cardiologista por estarem descompensados tiveram que realizar troca de medicações que não estavam sendo efetivas, assim a nova medicação geralmente não constava na rede básica, tendo que ser comprada pelo usuário, por isso a meta de 100% não foi atingida, mas chegamos muito próximo dela, já que sempre que possível indicamos medicamentos disponíveis na rede e farmácia popular. Alguns usuários realizam processos judiciais para receberem do governo estadual estas novas medicações que não constam na rede básica.

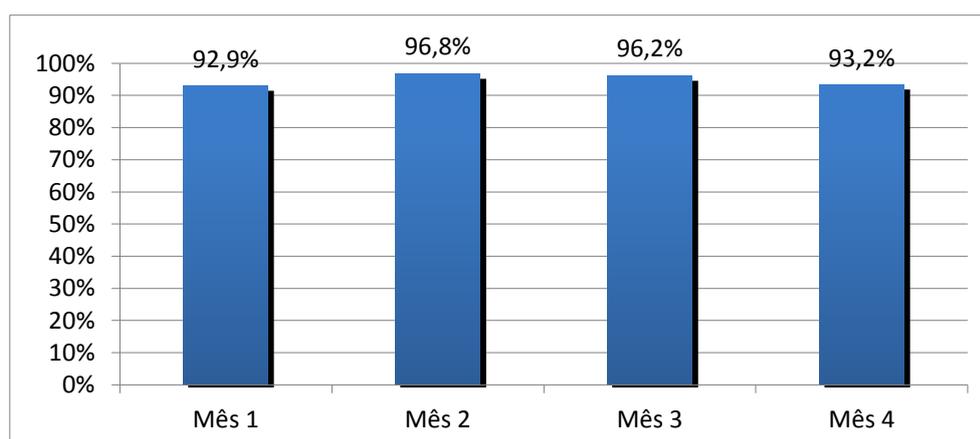


Figura 7. Proporção de usuário com HAS com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final

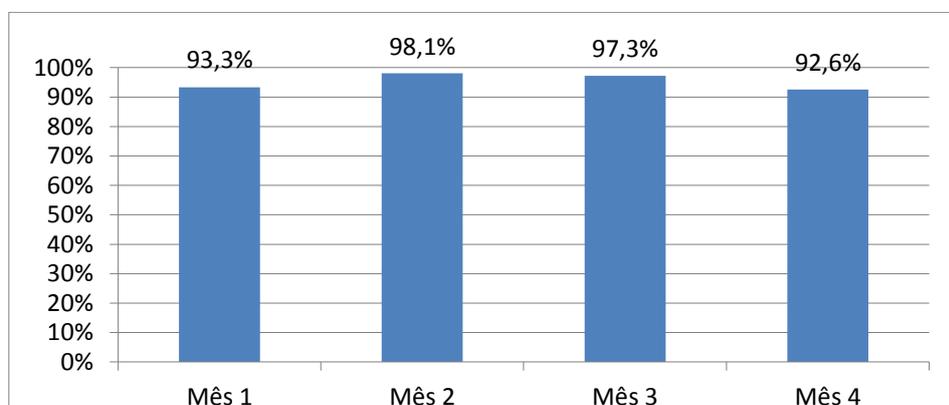


Figura 8. Proporção de usuários com DM com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final

A quarta meta deste objetivo era de garantir a 100% dos usuários com HAS e/ou usuários com DM avaliação da necessidade de atendimento odontológico cadastrados na unidade de saúde.

Para os usuários com HAS atingimos 14,2% com avaliação odontológica ao final dos 4 meses de intervenção (Figura 9). No primeiro mês tivemos 0 de 28 (0,0%) usuário com HAS cadastrados com avaliação odontológica, no segundo mês foram 0 de 100 (0,0%) usuário com HAS, no terceiro mês foram 19 de 145 (13,1%) usuário com HAS e no quarto mês 28 de 197 (14,2%) usuário com HAS cadastrados com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Já nos usuários com DM atingimos 20,8% com avaliação odontológica ao final da intervenção conforme demonstrado na Figura 10. No primeiro mês tivemos 0 de 19 (0,0%) usuários com DM cadastrados com avaliação odontológica, no segundo mês foram 1 de 63 (1,6%) usuários com DM, no terceiro mês foram 16 de 95 (16,8%) usuários com DM e o quarto mês 27 de 130 (20,8%) usuários com DM cadastrados com avaliação odontológica.

Não alcançamos a nossa meta inicial, primeiro pela dificuldade de encaminhamento dos usuários ao profissional dentista, uma vez que apresenta grande demanda diária de atendimento, além disso, pela falta de registro dos profissionais dentistas, assim não tivemos a possibilidade de manter o controle adequado. O registro não foi realizado por não adesão ao projeto, as fichas de atendimento não tinham uma continuidade, usuários não possuíam a mesma ficha de cadastro e muitas vezes em consultas de retorno em menos de 15 dias era aberto novo prontuário o que dificulta o trabalho do clínico, foi conversado esta questão com o escriturário, tivemos alguma melhora, mas não foi o suficiente. E isto também ocorria para as demais fichas clínicas.

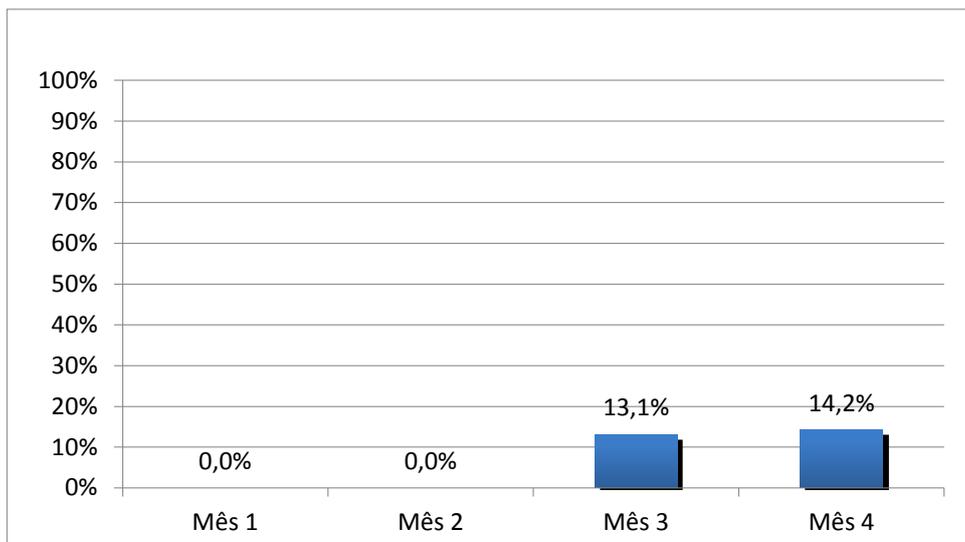


Figura 9. Proporção de usuário com HAS com avaliação de necessidade de atendimento odontológico no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final

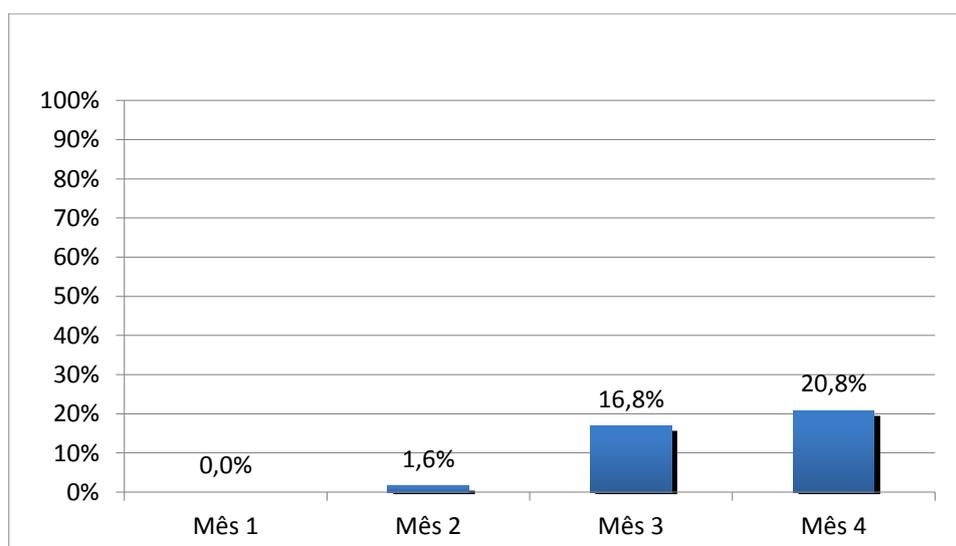


Figura 10. Proporção de usuários com DM com avaliação de necessidade de atendimento odontológico no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final

O terceiro objetivo da intervenção era melhorar a adesão dos usuários usuário com HAS e usuários com DM, com a meta de buscar 100% dos usuários com HAS e/ou usuários com DM faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Nas Figuras 11 e 12 o nosso desempenho na busca ativa de usuários faltantes. Para os usuários com HAS (Figura 11) a meta chegou a 94,9% no final dos quatro meses, 0 de 0 de usuário com HAS tiveram busca ativa no primeiro mês, no segundo mês foram 17 de 20 (85,0%) usuário com HAS, no terceiro mês foram 33

de 37 (89,2%) usuário com HAS e no quarto mês 56 de 59 (94,9%) usuários com HAS com busca ativa. Já os usuários com DM com busca ativa (Figura 12), foram 0 de 0 usuários com DM com busca ativa no primeiro mês, no segundo mês foram 10 de 10 (100,0%) usuários com DM, no terceiro mês foram 25 de 26 (96,2%) usuários com DM e no quarto mês 41 de 44 (93,2%) usuários com DM com busca ativa.

A meta não foi alcançada, ficamos muito próximos, a grande dificuldade foi que grande parte dos usuários tem emprego e não conseguia dispensa para frequentar aos atendimentos e grupos rotineiramente, uma forma de amenizar estes inconvenientes foi o agendamento de consultas clínicas para a avaliação e manutenção do tratamento. Para reduzir o número de faltosos a estratégia foi realizamos cartazes com orientação sobre a importância do acompanhamento, orientação dada também pelos agentes de saúde, divulgação pela rádio e manter escalas de grupos fixos.

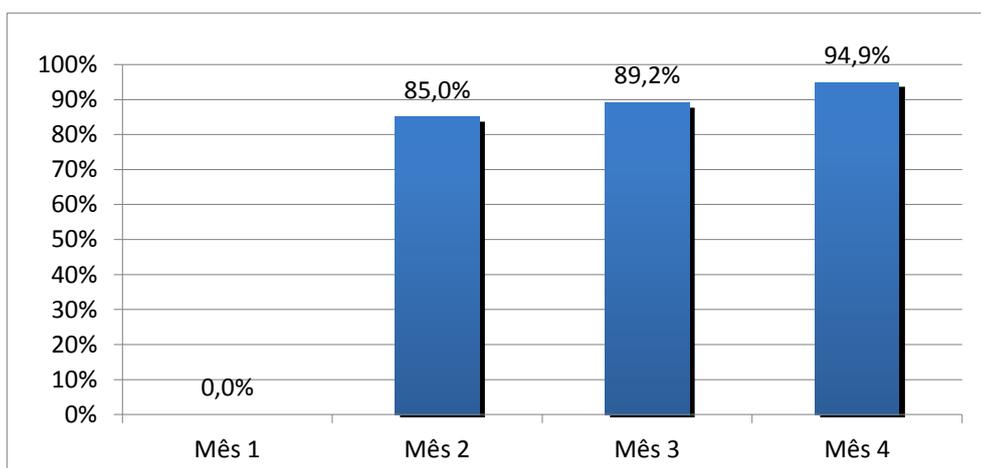


Figura 11. Proporção de usuário com HAS faltosos às consultas com busca ativa no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final

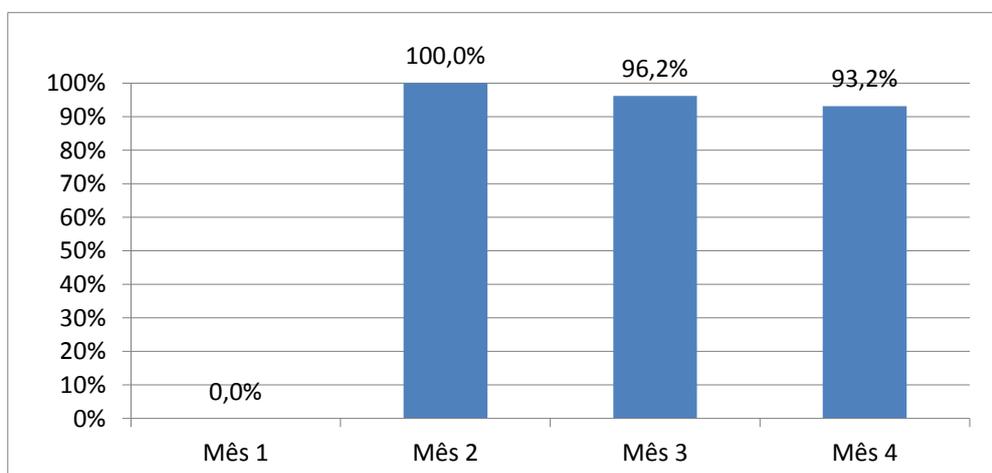


Figura 12. Proporção de usuários com DM faltosos às consultas com busca ativa no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final

Nosso quarto objetivo era de manter ficha de acompanhamento de 100% dos usuários com HAS e/ou usuários com DM cadastrados na unidade de saúde. Para os usuário com HAS alcançamos 59,4 % dos cadastrados (Figura 13) no final do quarto mês, foram 28 de 28 (100%) de usuários com HAS com cadastro no primeiro mês, no segundo mês foram 96 de 100 (96,0%) usuário com HAS, no terceiro mês foram 104 de 145 (71,7%) usuário com HAS e no quarto mês 117 de 197 (59,4%) usuário com HAS com ficha de acompanhamento em dia. Já na Figura 14, vemos os usuários com DM com ficha de acompanhamento em dia no Centro de Saúde, no primeiro mês foram 19 de 19 (100%), no segundo mês foram 59 de 63 (93,7%) usuários com DM, no terceiro mês foram 67 de 95 (70,5%) usuários com DM e no quarto mês 74 de 130 (56,9%) de usuários com DM com ficha de acompanhamento.

A meta não foi atingida, um dos pontos que pesou foi a falta de organização para o preenchimento adequado das fichas de controle, e isso foi se perdendo ao longo da intervenção, acredito que os reforço da importância do preenchimento adequado e completo poderia ter sido reforçado entre os demais membros que aderiram à intervenção.

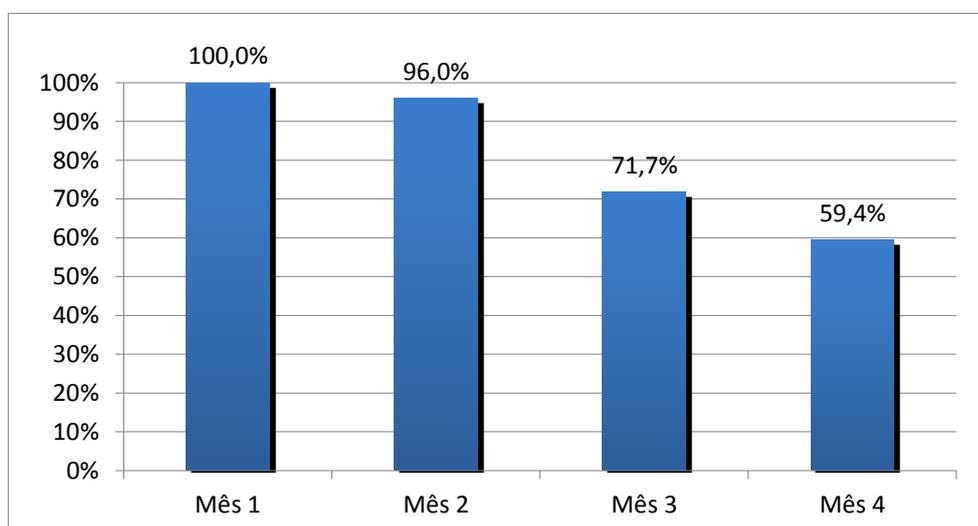


Figura 13. Proporção de usuário com HAS com registro na ficha de acompanhamento no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final

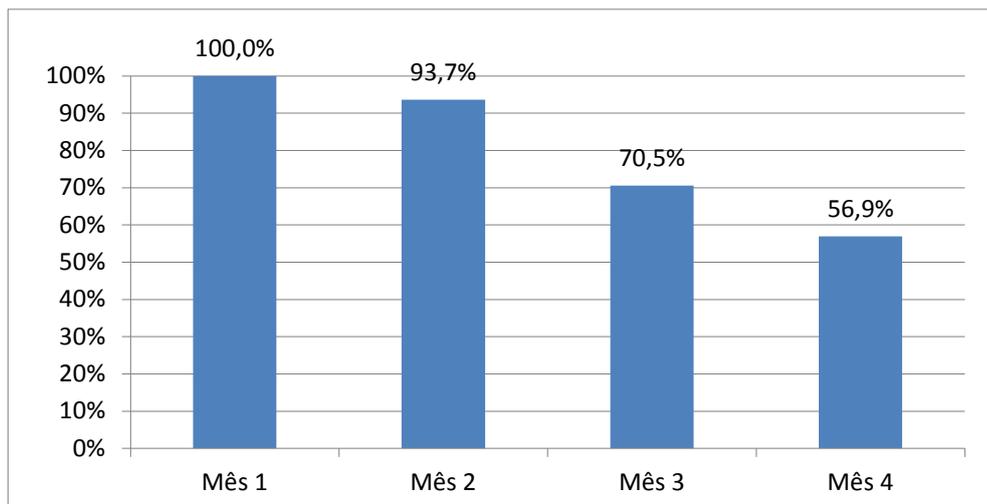


Figura 14. Proporção de usuários com DM com registro na ficha de acompanhamento no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final

Nosso quinto objetivo foi de manter um 100% de usuários com DM e usuário com HAS cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Conforme apresentado nas Figuras 15 e 16 para os usuários usuário com HAS e usuários com DM, respectivamente. Tivemos 17,8% do total de usuário com HAS acompanhados com exame de risco cardiovascular em dia, assim alcançamos 0 de 28 (0,0%) no primeiro mês, 0 de 100 (0,0%) no segundo mês, 0 de 145 (0,0%) no terceiro mês, 35 de 197 (17,8%) no quarto mês de usuários usuário com HAS com exame cardiovascular em dia. Nos usuários com DM com exames de risco cardiovascular em dia, ao final dos quatro meses alcançamos 21,5%, foram 0 de 19 (0,0%) no primeiro mês, 0 de 63 (0,0%) no segundo mês, 0 de 95 (0,0%) no terceiro mês e 28 de 130 (21,5%) no quarto mês.

Este ponto merece um destaque, pois pela falta de cardiologistas na cidade pelo SUS e a demora nos encaminhamentos para avaliações, tomamos por avaliação a solicitação de pelo menos um ECG, sendo este normal. Seguíamos o acompanhamento clínico, se alterado o usuário era encaminhado ao centro de referência com urgência para realização do tratamento específico e contra-referenciado para o seguimento clínico do mesmo, vale ressaltar que mesmo com encaminhamento do usuário com emergência a demora era de pelo menos 3 meses até o seu retorno, e que na maioria das vezes, não era preenchida a folha de contra-referência causando uma lacuna no seguimento deste usuário.

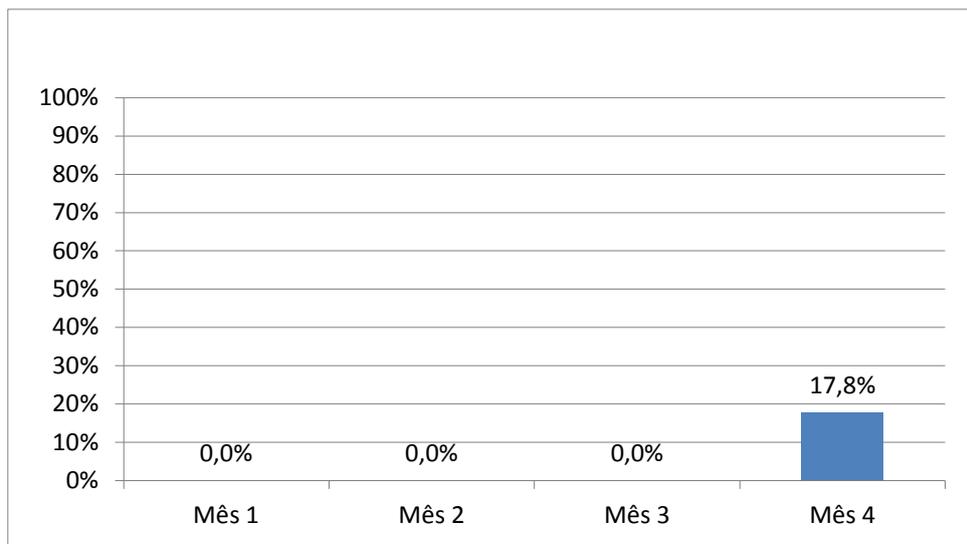


Figura 15. Proporção de usuário com HAS com estratificação cardiovascular por exame clínico em dia no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final

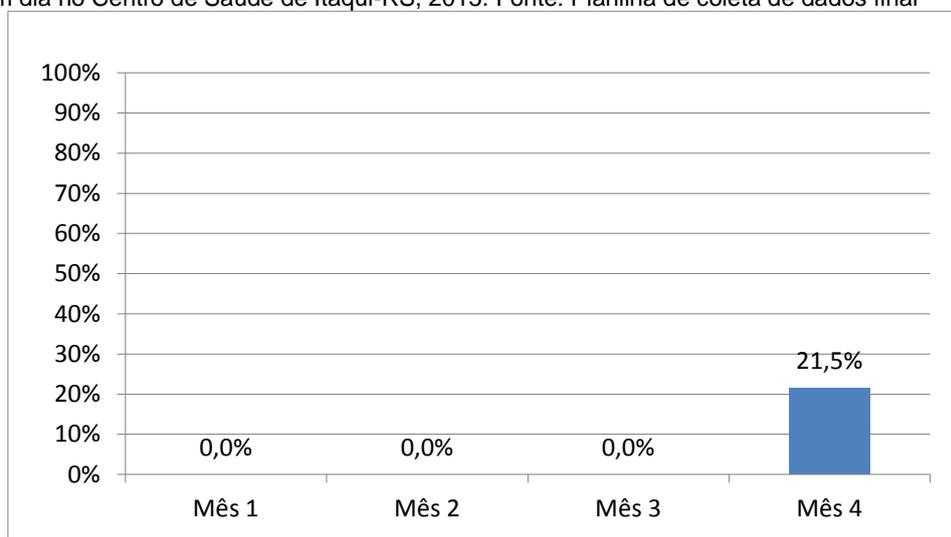


Figura 16. Proporção de usuários com DM com estratificação cardiovascular por exame clínico em dia no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final

O sexto objetivo da nossa intervenção foi a promoção de saúde ao usuário com HAS e/ou diabético, buscando uma melhora na orientação nutricional, orientação na prática de atividade física, orientação dos riscos do tabagismo e orientação sobre higiene bucal, todas estas metas buscavam alcançar um 100% dos usuários cadastrados.

Em relação a orientação nutricional aos usuários com HAS e usuários com DM vemos os resultados alcançados, nas Figuras 17 e 18, respectivamente. Tivemos um total de 66,5% usuário com HAS com orientação a alimentação saudável ao final do quarto mês de intervenção, sendo 28 de 28 (100%) no primeiro mês, 87 de 100 (87,0%) no segundo mês, 105 de 145 (72,4%) no terceiro mês e 131 de 197 (66,5%) no quarto mês. Para os usuários com DM o valor

ao final da intervenção foi de 74,6% sendo que no primeiro mês tivemos 19 de 19 (100%), 56 de 63 (88,9%) no segundo mês, 68 de 95 (71,6%) no terceiro mês e 97 de 130 (74,6%) no quarto mês.

Não alcançamos os 100% conforme proposto no início do projeto, mas é importante destacar a colaboração multiprofissional que tivemos, contamos com a colaboração da nutricionista e seus acadêmicos de nutrição da Universidade Federal do Pampa (UNIPAMPA), realizamos orientações coletivas, na sala de espera quando aguardavam as consultas clínicas e durante o atendimento coletivo nos grupos nos bairros, muitos dos usuários quando necessário eram encaminhados a atendimentos individuais com nutrição clínica.

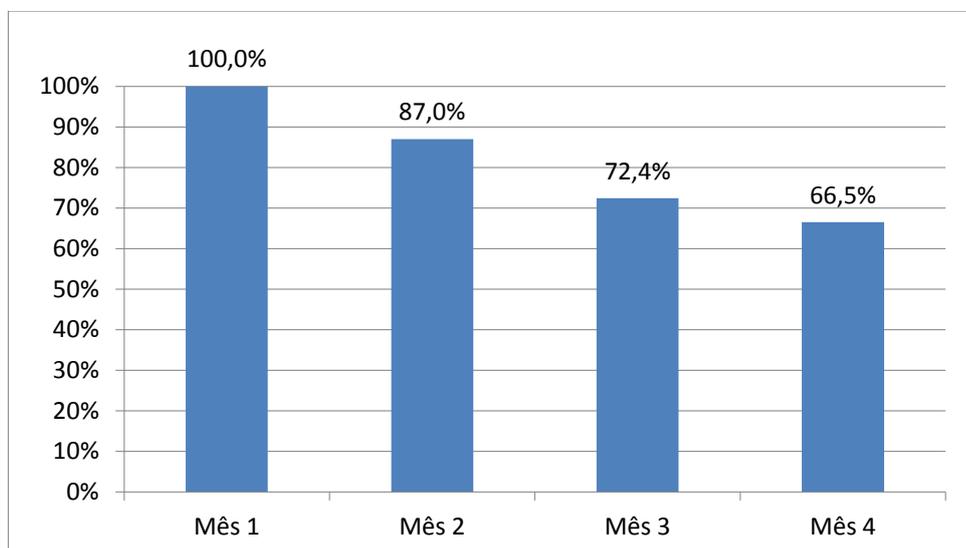


Figura 17. Proporção de usuário com HAS com orientação nutricional sobre alimentação saudável no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final

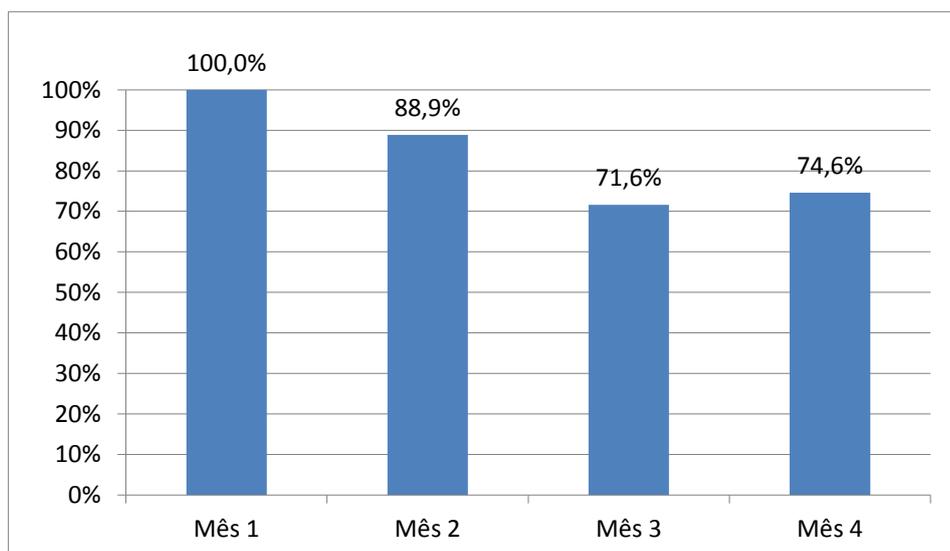


Figura 18. Proporção de usuários com DM com orientação nutricional sobre alimentação saudável no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final

Com relação à orientação sobre prática de atividade física, os resultados para usuário com HAS e usuários com DM podem ser visto nas Figuras 19 e 20, respectivamente. Um total de 66,0% de usuários usuário com HAS com orientação sobre a prática de atividade física ao final da intervenção, sendo 28 de 28 (100%) usuário com HAS no primeiro mês, 87 de 100 (87,0%) usuário com HAS no segundo mês, 104 de 145 (71,7%) usuário com HAS no terceiro mês e 130 de 197(66,0%) usuário com HAS no quarto mês. Já os usuários com DM tiveram um total de 73,8% de usuários com orientação na prática de atividade física ao final da intervenção, no primeiro mês 19 de 19 (100%), 56 de 63 (88,9%) no segundo mês, 69 de 95 (72,6%) no terceiro mês e 96 de 130 (73,8%) no quarto mês.

Nossa meta era alcançar 100% dos usuários acompanhados, não alcançamos, antes da intervenção não havia incentivo à prática de atividade física, durante a intervenção começou a orientação a partir da ajuda de um educador físico, assim a tendência é aumentar a cobertura nos próximos meses.

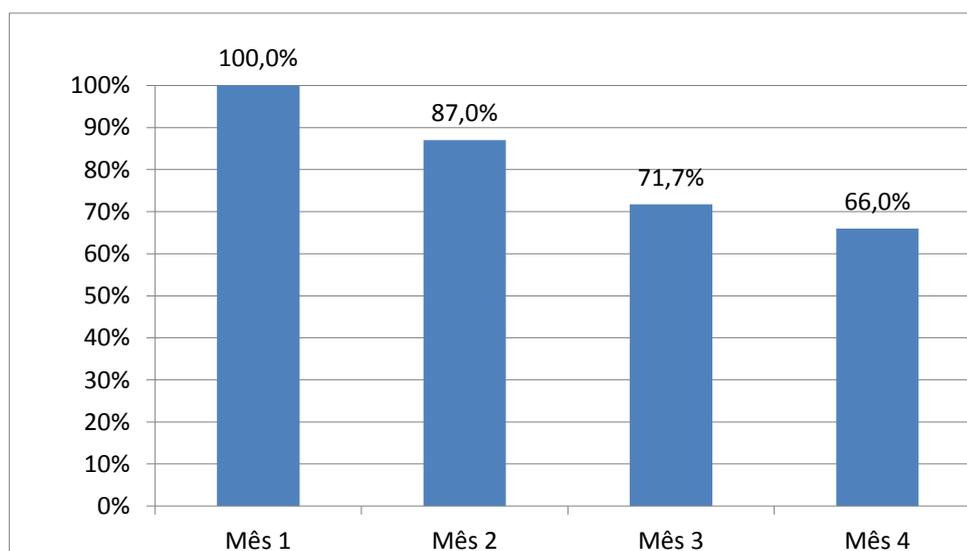


Figura 19. Proporção de usuário com HAS que recebeu orientação atividade física regular no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final.

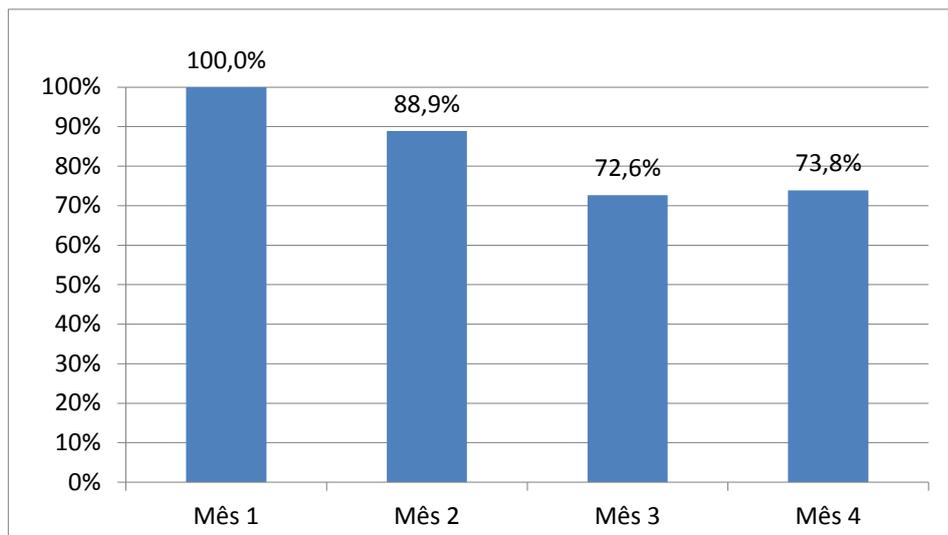


Figura 20. Proporção de usuários com DM que recebeu orientação atividade física regular no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final

Com relação a orientação sobre risco de tabagismo para os usuários usuário com HAS alcançamos 67,0% ao final da intervenção, sendo 28 de 28 (100%) de usuário com HAS no primeiro mês, 87 de 100 (87,0%) de usuário com HAS no segundo mês, 104 de 145 (71,7%) de usuário com HAS no terceiro mês e 132 de 197 (67,0%) de usuário com HAS no quarto mês. Já para os usuários com DM com orientação ao risco de tabagismo alcançamos 73,8% de usuários ao final da intervenção, no primeiro mês 19 de 19(100%), 56 de 63 (88,9%) no segundo mês, 68 de 95 (71,6%) no terceiro mês e 93 de 130 (71,5%) no quarto mês.

A meta era de 100%, não foi alcançada, a orientação ao risco do tabagismo foi realizada na sala de espera, nos grupos e nas consultas clínicas sempre alertando as comorbidades que o tabaco pode desencadear e maiores fatores de risco para infarto agudo do miocárdio e acidente vascular cerebral. A meta não atingida acredito que se deve a falta registro por alguns profissionais sobre a orientação dada.

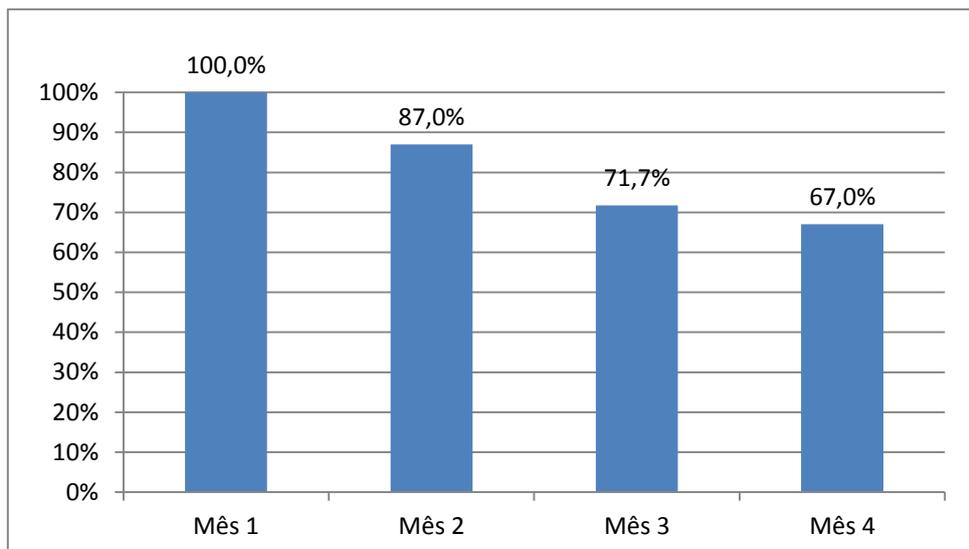


Figura 21. Proporção de usuário com HAS que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final.

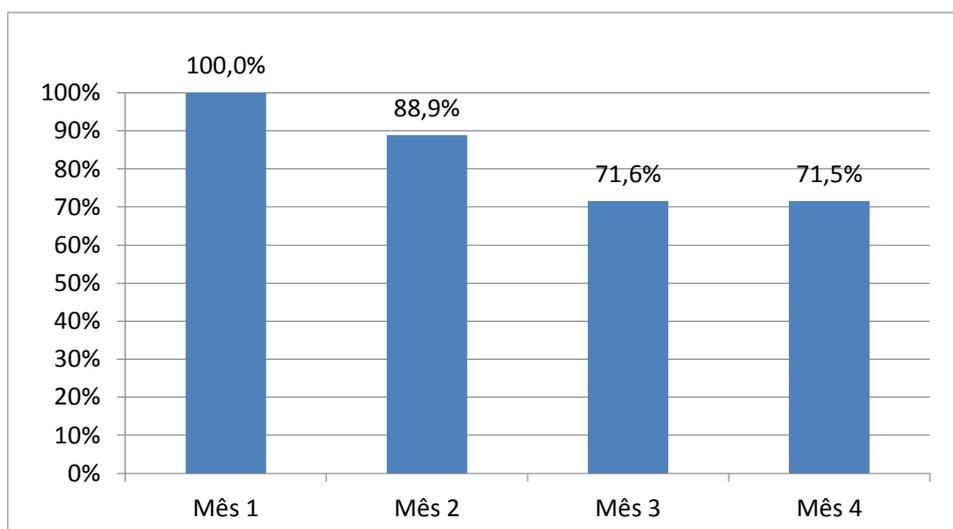


Figura 22. Proporção de usuários com DM que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final.

Na Figura 23 são representadas orientações quanto a higiene bucal em usuários usuário com HAS, no final dos quatro meses alcançamos 23,9%, sendo 0 de 28 (0,0%) no primeiro mês, 13 de 100 (13,0%) no segundo mês, 21 de 145 (14,5%) no terceiro mês e 47 de 197 (23,9%) no quarto mês nos usuários usuário com HAS. Já para os usuários com DM (Figura 24) o total ao final dos quatro meses foram de 26,9%, sendo 0 de 19 (0,0%) no primeiro mês, 8 de 63 (12,7%) no segundo mês, 14 de 95 (14,7%) no terceiro mês e 35 de 130 (26,9%) no quarto mês nos usuários com DM, nossa meta era 100% dos usuários acompanhados.

Como já foi citado em comentários anteriores, a falta de colaboração e participação por parte do dentista acarretou em um baixo número de usuários

acompanhados no âmbito da saúde bucal, isso somado a falta de registro pode ter reduzido ainda mais os números alcançados ao final do 4º mês

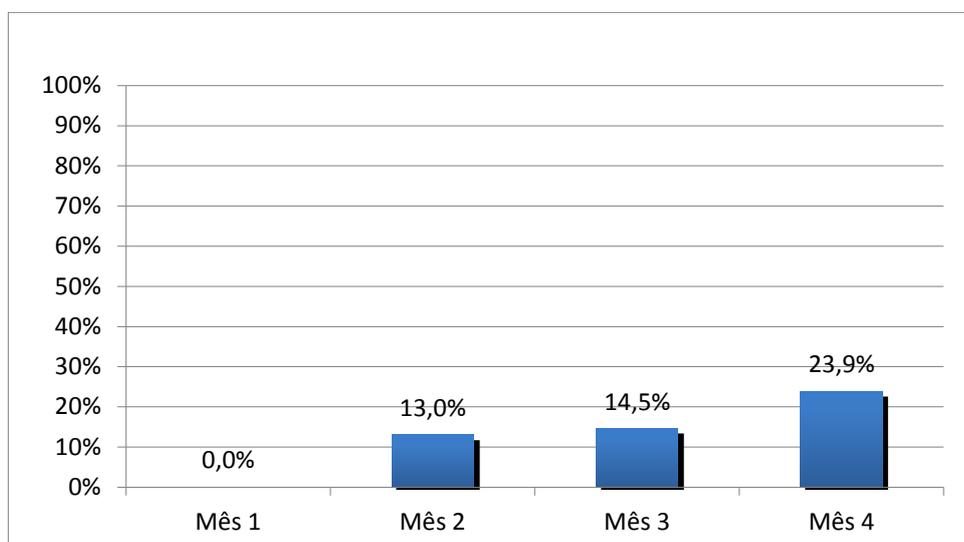


Figura 23. Proporção de usuário com HAS que receberam orientação sobre higiene bucal no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final.

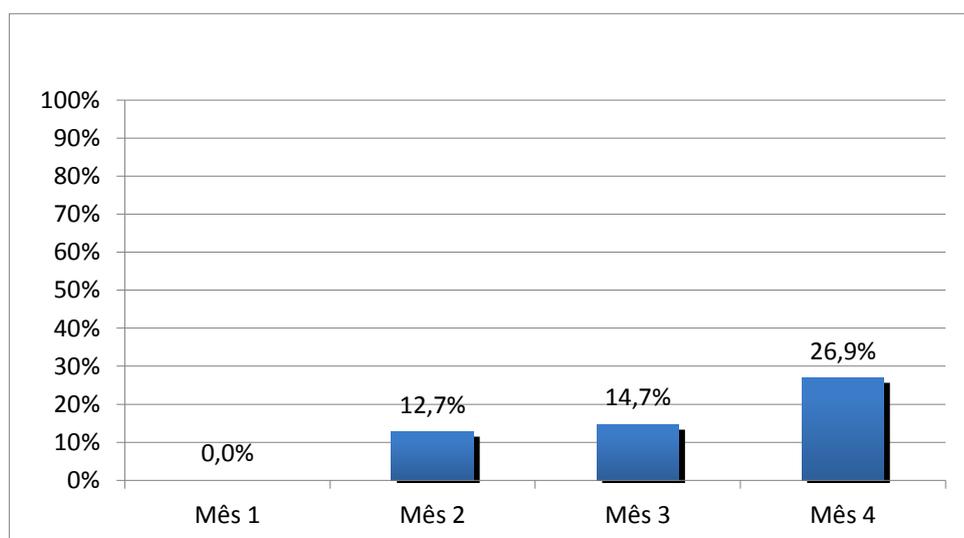


Figura 24. Proporção de usuários com DM que receberam orientação sobre higiene bucal no Centro de Saúde de Itaqui-RS, 2015. Fonte: Planilha de coleta de dados final.

4.2 Discussão

Depois de realizarmos a análise dos números de nossa intervenção o grupo notou que a meta estabelecida não foi alcançada, notamos falhas em alguns pontos específicos de nossa intervenção, principalmente porque não tivemos o apoio de

todos os profissionais médicos e por ser um centro de saúde, não contamos com equipes divididas por micro-áreas. Isto tudo dificultou muito o acompanhamento dos usuários.

Mas avaliamos que o que foi feito e acompanhado teve uma importante repercussão no dia a dia da nossa UBS, notamos que com nossa intervenção diminuíram o número de usuários que buscaram o serviço com crises hiperglicêmicas e hipertensivas e, conseqüentemente, percebemos que o número de usuários com complicações como: acidente vascular isquêmico, infarto agudo do miocárdio, dislipidemias, amputação de membros e úlceras crônicas tanto hipertensivas como diabéticas também vem reduzindo.

Além destas repercussões na melhoria da saúde dos usuários, todo o atendimento foi reorganizado para que alguns usuários fossem atendidos durante os grupos, facilitando sua adesão. Aqueles que necessitavam de uma maior avaliação eram encaminhados à unidade de saúde para o atendimento, este usuário já é agendado para a mesma tarde ou para a manhã seguinte. Estas mudanças foram percebidas pelos usuários que aprovaram o novo sistema. A intervenção acabou, mas iremos continuar com os registros para ter o controle dos usuários que estão faltantes, e os que estão frequentando os grupos, iremos organizar a tabela para continuar usando no nosso dia a dia o monitoramento de nossas ações.

Para a equipe que participou percebemos um grande comprometimento, a intervenção serviu de grande valia para melhorar a experiência profissional de cada participante e melhorar o manejo destes agravos no serviço. Conseguimos organizar um protocolo de atendimento ao usuário em crise hipertensiva e hiperglicêmica, ao qual logo da avaliação clínica são medicados na própria UBS ou encaminhados ao hospital municipal.

Com a criação dos protocolos para a sala de acolhimento, os técnicos de enfermagem verificam os sinais vitais e passam para equipe de enfermagem que finaliza o acolhimento e agendam a consulta conforme o quadro de urgência ou emergência apresentado no momento da triagem. Estas novas condutas contribuíram para organizar o atendimento médico, não acarretando no excesso de usuário em um só turno e dando assim uma melhor atenção e orientação ao usuário, aqueles usuários que acabam por ter consultas agendadas para dias futuros recebem toda orientação e apoio da equipe de enfermagem até consultar com o médico.

Para a nossa comunidade, o projeto foi de grande importância, pois os usuários passaram a ter um médico específico para o acompanhamento, dando continuidade na atenção, com isso as receitas estão sempre em dia, sempre alertamos para cuidar o vencimento das mesmas, as avaliações clínicas e laboratoriais necessárias são encaminhadas a centros de maior complexidade. Os usuários ao buscar o atendimento médico por quadros de hipertensão e diabetes já são triados e agendados para a consulta clínica com o médico, mesmo que a consulta esteja agendada o usuário já sai da unidade com a receita renovada que é feito sempre no turno inverso, antes para renovações de receitas os usuários tinham que tirar ficha de consulta e chegavam a ficar dias sem medicação, isto já foi resolvido com a nossa caixa de renovação de receitas.

A grande amostra a ser analisada e a grande rotatividade de médicos e sua não adesão ao projeto foram os dois principais fatores negativos do projeto, assim houve falta de acompanhamento e cadastramento de usuários por parte dos outros médicos. Dentre todas estas dificuldades os usuários acompanhados pelo médico e profissionais do projeto tiveram um resultado satisfatório; o que seria interessante para melhorar a intervenção é buscar o comprometimento dos demais profissionais médicos e odontólogos, com esta mudança teríamos um maior número de usuários cadastrados e um acompanhamento adequado.

A intervenção não acaba aqui, vamos continuar com a intervenção no nosso dia a dia para proporcionar aos nossos usuários um contínuo melhoramento da qualidade de vida e controle de suas comorbidades, buscaremos aumentar o número de usuários acompanhados e continuar com protocolos de exames de controle e consultas interprofissionais para chegar a um completo estado de bem estar em saúde.

5 Relatório da intervenção para os gestores

Caro Gestor,

No Centro de Saúde de Itaqui, RS, foi realizada a intervenção visando melhorar a atenção à saúde dos usuários com DM e usuário com HAS de nossa área. Esta intervenção teve uma duração de 16 semanas para melhorar a qualidade de vida e diminuir complicações nestes usuários várias ações foram estabelecidas, realizamos o cadastramento de usuários usuário com HAS e usuários com DM, melhoramos o acolhimento, fizemos um acompanhamento clínico adequado, capacitamos a equipe, buscamos os faltosos, melhoramos os registros, realizamos ações de promoção à saúde e conseguimos monitorar e avaliar nossas ações.

Trabalhamos com base a bibliografia do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) e do Hospital Nossa Senhora da Conceição (HOSPITAL CONCEIÇÃO, 2011), procuramos organizar protocolos de atendimento e condutas, tais como solicitar exames de rotina e avaliação por médicos especialistas e triagem na sala de espera.

Durante a intervenção realizamos grupos de atendimentos à usuário com HAS e usuários com DM, estes encontros ocorriam semanalmente nas comunidades EnioSayago, Cohab, 24 de maio e Cafifas, todas as quintas, nestes encontros realizamos o controle clínico dos usuários levando informações higiênico-dietéticas, prática de atividade física e seguimento de exames laboratoriais conforme protocolo.

A nossa meta não foi alcançada primeiro devido a nossa imensa área de abrangência com aproximadamente 18000 usuários e em parte a falta de colaboração de outros profissionais da Unidade que não aderiram ao Programa.

Outras metas de qualidade que buscamos 100% também não foram alcançadas como, por exemplo, solicitação de exames, atingindo 60 de 197 (30,5%) usuários com HAS e 53 de 130 (40,8%) com DM. A avaliação odontológica também ficou aquém e atingimos 28 de 197 (14,2%) usuários com HAS e 27 de 130 (20,8%) usuários com DM cadastrados.

Estas metas de qualidade não foram atingidas principalmente pela falta de adesão da equipe, pois nem todos seguiram os protocolos estabelecidos, nem realizavam o atendimento com a periodicidade requerida, nem utilizavam a ficha espelho implementada. Por isso também não conseguimos atingir a meta de 100% em ter todos com ficha de acompanhamento.

Com relação a adesão dos usuários esta meta foi bem exitosa, quase atingimos a meta inicial de 100%. Foram 56 de 59 (94,9%) usuário com HAS com busca ativa e 41 de 44 (93,2%) usuários com DM com busca ativa. Os ACS tiveram papel importante neste resultado.

Com relação às metas de promoção à saúde buscamos todas em 100%, também não atingimos, mas é importante destacar que para orientação nutricional e de prática de atividade física tivemos o apoio de outros profissionais da nutrição e da educação física, estes provenientes da UNIPAMPA com alunos da graduação da universidade.

Outro ponto importante é a falta de seguimento com o mesmo médico por parte dos usuários, os usuários consultam com muitos dos profissionais ali presentes sem dar seguimento a um único tratamento. Durante nossa intervenção realizamos os grupos de encontro, como já comentado acima, nestes realizamos aferição de pressão arterial e HGT, controle clínico, solicitação de exames de controle e avaliação dos mesmos, renovação e manutenção do tratamento quando necessários, encaminhamentos para serviços especializados diante de complicações não cabíveis ao médico clínico.

Seguiremos a intervenção para atingir nossa meta e melhorar a qualidade de vida de nossa comunidade, e será estudada a possibilidade de estender este projeto a outros colegas para melhorar a cobertura dos usuários com HAS e DM, só assim alcançaremos a meta estabelecida no início da intervenção.

Com a implantação da intervenção foi notada uma diminuição de consultas por crises hipertensivas e hiperglicêmicas no Centro de Saúde, os usuários passaram a estar com melhor controle de seus níveis pressóricos e glicêmicos, é importante por parte do órgão municipal, via secretaria de saúde, estimular o engajamento público dos usuários na tentativa de fazer com que os mesmos retornem sempre com o mesmo médico que iniciou o tratamento ou o controle clínico, conservar a lista básica de medicamentos, sem faltar a medicação básica,

manter uma cota disponível de exames no laboratório municipal para realizar o controle dos usuários com estes agravos.

Será de grande valia também manter os convênios com endocrinologia e cardiologia para o caso de avaliações especializadas. Com estas séries de mudanças e novas implementações alcançaremos as metas propostas, que só será possível com a colaboração de todos os profissionais e dos usuários que ali consultam.

6 Relatório da intervenção para a comunidade.

A atenção ao usuário com DM e ao usuário com HAS pela avaliação que fiz na minha chegada apresentava alguns problemas, a grande maioria dos usuários não tinha um acompanhamento médico adequado e não tinham continuidade com o mesmo médico sempre, ou seja, não usavam o sistema médico da família em minha UBS, conceito até então pouco claro pela comunidade, como médico da família ou médico de “cabeceira” cria-se uma rede de vínculo com os usuários, fazendo com que os mesmos sempre retornassem às consultas com o mesmo profissional, o que não ocorria.

Escolhemos acompanhar os usuários com HAS e usuários com DM por uma simples questão, percebemos uma grande demanda por quadro de crise hipertensiva e hiperglicêmica, alguns destes usuários evoluíam para eventos graves, como acidente vascular cerebral. Assim, percebeu-se que não estava acontecendo promoção à saúde e nem acompanhamento adequado. Nossa ideia inicial era melhorar o acompanhamento dos usuários com HAS e usuários com DM, melhorar a adesão e o vínculo com a UBS e equipe, diminuir fatores de riscos para eventos coronarianos e vasculares, promover saúde e, por consequência, diminuir complicações e melhorar a qualidade de vida.

Assim, foi realizada no Centro de Saúde de Itaqui a intervenção que durou 16 semanas, nesta intervenção procuramos buscar o acompanhamento de usuário com HAS e usuários com DM, realizando o seguimento não só do ponto de vista clínico, como também no aspecto laboratorial, foram cadastrados cerca de 263 usuários, dentre eles 197 usuários com HAS (19,9%) e 130 usuários com DM (40,9%), alguns destes apresentando as duas comorbidades ou doenças. Nossa meta inicial era cadastrar 60% de usuários usuário com HAS e usuários com DM, não conseguimos alcançar a nossa meta proposta, a intervenção seguirá para promover uma melhora no atendimento e melhor controle de prevenção de complicações causadas por estes agravos.

Conseguimos melhorar os indicadores: usuários que recebem medicamentos da farmácia básica e farmácia popular, ao final da intervenção 93,2% (n=165) dos usuários usuário com HAS estavam recebendo a medicação e 92,6% (n=87) dos usuários com DM. A maioria dos usuários faltosos recebeu busca ativa, 56 de 59 usuário com HAS faltosos foram buscados (94,9%) e 41 de 44 usuários com DM (93,2%). A maioria dos usuários com HAS e usuários com DM recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular foram 130 (66%) e 96 (73,8%), respectivamente e sobre riscos do tabagismo foram 132 (67%) e 93 (71,5%), respectivamente.

Ainda temos alguns resultados para melhorar, por exemplo, o número de usuários com os exames clínicos/laboratoriais em dia foi de 30,5% (n=60) para usuário com HAS e 40,0% (n=53) para usuários com DM, estamos no caminho, com a criação de vínculos estamos buscando realizar os exames a cada 4, 6, 12 meses conforme a necessidade e alterações encontradas em cada usuário, estas mudanças deram mais motivação e entusiasmo para os usuários aderirem ao tratamento. Algumas dificuldades encontradas ocorrerem devido a falta de integração da própria equipe da UBS, isto ainda precisa ser melhorado.

Durante o atendimento notamos um desconforto por parte de alguns usuários devido a demora no atendimento aos usuário com HAS e usuários com DM, pois nas consultas clínicas estes requeriam uma maior demanda de tempo para o exame clínico, avaliação laboratorial e orientações, esta questão foi trabalhada juntamente com a equipe de enfermagem e o médico participante do programa, com o intuito de conscientizar os usuários a respeitar o seu tempo e o tempo do outro, questão essa trabalhada na sala de espera e dentro do consultório médico. Foi preconizado com a equipe que usuários triados que apresentem crises hipertensivas e hiperglicêmicas recebem fichas de emergência e tem preferência no atendimento.

A nova forma de organização da atenção ao usuário com HAS e DM seguirá, mas é importante destacar que o sucesso do programa dependerá não só da atuação da equipe, mas também da compreensão e engajamento dos usuários. Precisamos alcançar nossas metas, assim diminuiremos futuras complicações e teremos um melhor controle dos agravos relacionados a estas doenças. Toda a equipe deve incorporar a sua rotina o cadastramento dos usuários e seguir medidas de controle conforme a bibliografia/protocolo que seguimos durante a intervenção que foi do Ministério da Saúde.

Já os usuários devem colaborar com a adesão ao novo sistema, respeitando as triagens e demora esperada, que é normal neste período de adequação a nova sistemática do serviço. O usuário ao ser agendado para uma consulta de retorno deve ser mantido com o mesmo médico para ter o seguimento esperado e este deve vir a consulta para não prejudicar os demais usuários. Além disso, procuraremos sempre escutar sugestões por parte dos usuários e da equipe da ESF para a melhora do serviço e atendimento no dia a dia, já que esta intervenção se aperfeiçoará ainda mais com o passar do tempo e ganho de experiências.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Quando iniciei este curso de especialização minha expectativa era que o curso fosse mais voltado ao conhecimento clínico e para as condutas a serem tomadas. Não tinha ideia de que o foco principal seria através de uma intervenção, como foco em uma população-alvo específica. Com o curso conhecemos melhor nossa comunidade, fato importante, pois a intervenção seria voltada para ela. Por mais que o curso não tenha atendido as minhas expectativas esperadas no início, as conclusões finais foram muito boas, me deram a idéia de que esta intervenção realizada teve sua devida importância. A partir dela vimos a diminuição das comorbidades e agravos dos usuários cadastrados ao final desta intervenção.

Durante o curso foram realizados fóruns interativos onde cada participante expunha algo de seu trabalho, isto foi muito interessante, pois muitas vezes podíamos levar aquele conhecimento para a nossa realidade e aprimorar nosso serviço. Além disto, os casos clínicos, que eram muito bem elaborados, me ajudaram no atendimento clínico, pois me fazia exercitar diversas áreas como pediatria, gineco-obstetrícia, clínica, atenção domiciliar, APS, saúde do idoso, etc., e ainda ao final dos casos condutas e orientações atualizadas nos assuntos eram disponibilizadas permitindo um aprofundamento e um embasamento teórico sobre o assunto, apesar de esperar mais deste tipo.

Destaco o aprendizado adquirido com a intervenção que foi muito intenso, aprendi muito tanto no âmbito profissional quanto interpessoal. Os desafios de melhorar o controle dos usuários, por exemplo, fizeram com que houvesse a necessidade de aprofundar os estudos sobre cada questão e ainda adequar a nossa realidade.

Todo este aprendizado adquirido será proveitoso também para desafios futuros. Toda a equipe acabou por aproveitar este aprendizado, não só a partir do material fornecido por esta especialização, mas também por toda a experiência

adquirida durante a intervenção. Hoje, nos sentimos mais preparados para enfrenar diversas questões que antes pareciam bastante complicadas.

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**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 128 p.

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

HOSPITAL CONCEIÇÃO. **A Organização do Cuidado às pessoas com HTA Sistêmica em Atenção Primária à Saúde**. Hospital Nossa Senhora da Conceição S.A.: Porto Alegre – RS, 2011. 174 p.

Apêndices

Apêndice “A” – Registros de imagens da intervenção



Foto 1. Porto Itaqui/BR – Alvear/AR

Fonte: Arquivo próprio

Mapa Urbano de Itaquí

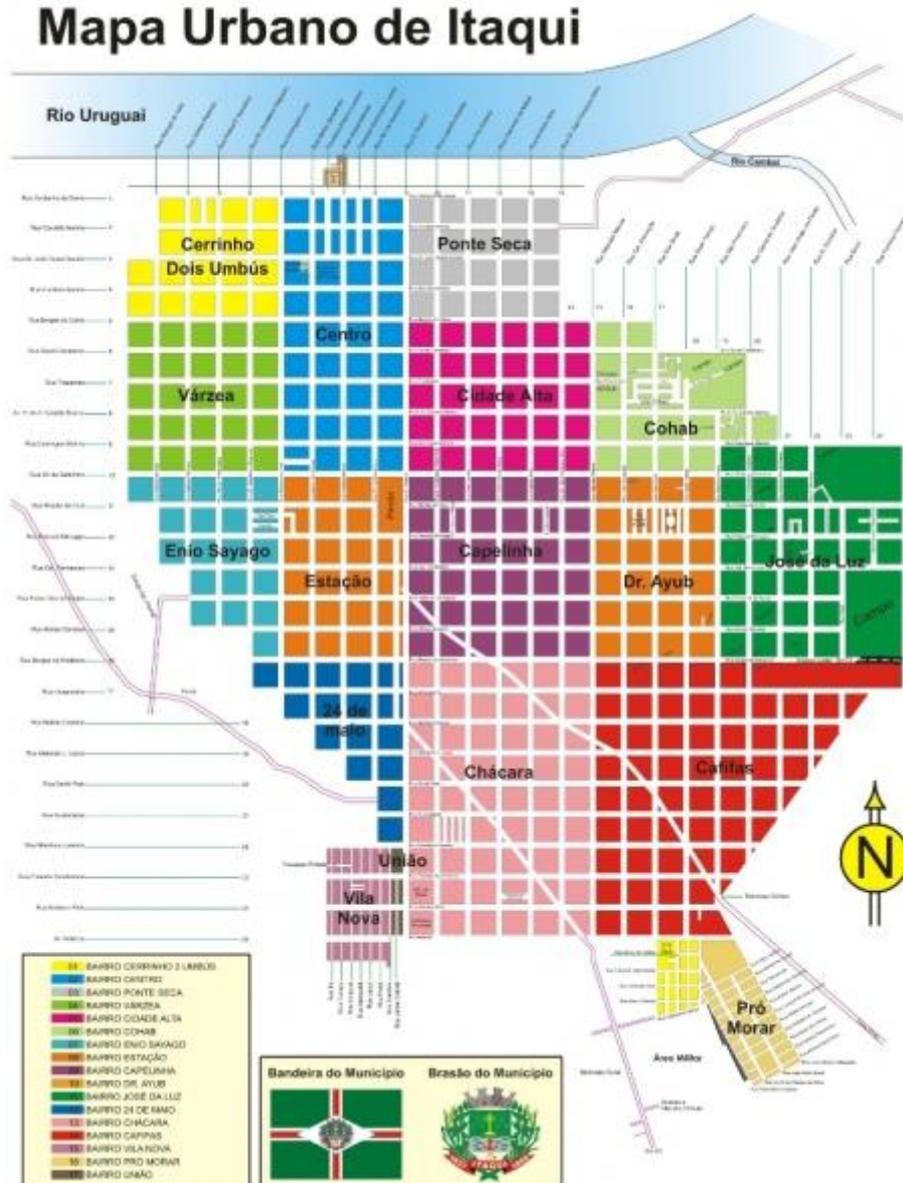


Foto 2: Mapa Urbano de Itaquí/RS

Fonte: Arquivo próprio



Foto 3 : UBS - Centro de Saúde de Itaquí



Foto 4: Atendimento clínico na UBS



Foto 5: Grupo HIPERDIA comunidade Enio Sayago



Foto 6 : Grupo de idosos

Anexos

Anexo "C" – Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia 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 D -Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, Renan Lopes de Vargas, médico, CRM/RS 38139e/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.

RENAN LOPES DE VARGAS

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