

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes na
UBS Barra do Rio Azul, Barra do Rio Azul/RS**

Héctor Lafuente Montoya

Pelotas, 2015

Héctor Lafuente Montoya

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes na
UBS Barra do Rio Azul, Barra do Rio Azul/RS.

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

Orientador: Carla Ribeiro Ciochetto

Pelotas, 2015

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

M798m Montoya, Héctor Lafuente

Melhoria da Atenção à Saúde dos Usuários com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS Barra do Rio Azul, Barra do Rio Azul/Rs. / Héctor Lafuente Montoya; Carla Ribeiro Ciochetto, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

75 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. Ciochetto, Carla Ribeiro, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Agradecimentos

Agradeço profundamente a toda a equipe da UBS Barra do Rio Azul pelo apoio e compreensão durante a intervenção, e ao nosso Secretário de Saúde.

Agradeço a todos os usuários da área de abrangência da unidade, em especial aos usuários hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos, já que eles foram o público alvo do Projeto de Intervenção, e colaboraram de forma significativa para os resultados obtidos durante todo o trabalho.

Agradeço a minha orientadora, Carla Ribeiro Ciochetto, por dar-me sempre seu apoio e compreensão durante o curso e a intervenção.

Resumo

MONTOYA, Hector Lafuente. **Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e dos diabéticos na UBS Barra do Rio Azul, Barra do Rio Azul/RS.** 2015. 73f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

No Brasil existem cerca de 17 milhões de portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica, representando 35% da população de 40 anos ou e mais. Esse número é crescente e seu aparecimento está cada vez mais precoce. Outra doença que vem crescendo é o Diabetes Mellitus, estima-se que 11% da população igual ou superior a 40 anos é diabética, o que representa cerca de 5 milhões e meio de portadores. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão e diabetes. No Brasil, o Diabetes Mellitus a Hipertensão Arterial Sistêmica são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde. Com objetivo de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e dos diabéticos foi desenvolvida uma intervenção na Unidade Básica de Saúde Barra do Rio Azul, do município Barra do Rio Azul, estado do Rio Grande do Sul, no período janeiro a junho de 2015, com duração de 16 semanas. Para a realização dessa intervenção, foram planejadas ações nos eixos de Monitoramento e Avaliação, Organização e Gestão do Serviço, Engajamento Público e Qualificação da Prática Clínica, levando-se em consideração as necessidades da população do território de abrangência, a viabilidade de aplicação das ações e a expectativa de obtenção dos resultados. Na unidade de saúde atualmente existem 2003 usuários, 250 hipertensos e 96 diabéticos com 20 anos ou mais. Com o objetivo de ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos, a meta de cobertura proposta foi de atingir 80% dos usuários hipertensos e 80% dos usuários diabéticos, após a intervenção foi possível alcançar a cobertura de 82% dos usuários hipertensos e 100% dos usuários diabéticos. Antes da intervenção as ações do programa centravam-se só na realização de consultas agendadas e não se trabalhava muito na prevenção. O projeto de intervenção dos hipertensos e diabéticos se baseou protocolos do Ministério da Saúde. Utilizando como critério de seleção os hipertensos e os diabéticos pertencentes à área adstrita da UBS, realizamos reuniões o grupo de trabalho da equipe, fomentando a apropriação do conhecimento sobre as metas. Também, procuramos desenvolver planejamentos das ações e distribuição das atribuições dos diversos profissionais. Foi possível melhorar a qualidade de atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, melhorando a adesão de hipertensão arterial e ou diabetes mellitus ao programa e também se melhorou a promoção à saúde de hipertensos e diabéticos. A gestão municipal desde o princípio mostrou seu apoio para resolver os problemas ao decorrer da intervenção. Foi possível incorporar à rotina do serviço as ações desenvolvidas durante a intervenção, além de promover uma maior integração da equipe e um melhor vínculo com a comunidade de nosso município.

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 hipertenso na unidade de saúde Barra do Rio Azul, Barra do Rio Azul/RS, 2015.	48
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Barra do Rio Azul, Barra do Rio Azul/RS, 2015.	49
Figura 3	Proporção de hipertensos faltosos com busca ativa na Unidade Básica de saúde Barra do Rio Azul, Barra do Rio Azul/RS, 2015.	51
Figura 4	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Unidade Básica de saúde Barra do Rio Azul, Barra do Rio Azul/RS, 2015.	52
Figura 5	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Unidade Básica de saúde Barra do Rio Azul, Barra do Rio Azul/RS, 2015.	53

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente comunitário da Saúde
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
DM	Diabetes Mellitus
HTA	Hipertensão Arterial Sistêmica
SUS	Sistema Único de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	18
2 Análise Estratégica	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	22
2.2.1 Objetivo geral	22
2.2.2 Objetivos específicos e metas	22
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Detalhamento das ações	24
2.3.2 Indicadores	32
2.3.3 Logística	39
2.3.4 Cronograma.....	41
3 Relatório da Intervenção.....	43
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	43
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	45
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	45
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	45
4 Avaliação da intervenção.....	47
4.1 Resultados.....	47
4.2 Discussão	56
5 Relatório da intervenção para gestores	59
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	61
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	63
Referências	64
Apêndices.....	65
Anexos	69

Apresentação

O presente volume trata do Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Saúde da Família, promovido pela Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS.

O Trabalho foi construído por uma intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde do Município Barra do Rio Azul, estado do Rio Grande do Sul, com duração de 16 semanas para melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e dos diabéticos na UBS.

O trabalho se encontra organizado por sete seções. A primeira seção está constituída por um texto inicial sobre a situação da ESF/APS, o relatório de análise situacional e a comparação entre estes textos. A segunda seção se refere à análise estratégica por meio da realização do projeto de intervenção contendo objetivos, metas, metodologia, detalhamento das ações, indicadores, logística e cronograma.

A terceira seção descreve o relatório da intervenção e na quarta seção esta avaliação dos resultados obtidos durante o período da intervenção com a apresentação dos resultados e discussão. Na quinta seção está o relatório da intervenção para os gestores. Em sequência é demonstrado na sexta seção o relatório da intervenção para a comunidade. Na sétima e última seção consta uma reflexão sobre o processo de aprendizagem. E na parte final do trabalho são apresentados as referências bibliográficas, apêndices e anexos utilizados.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) do município de Barra do Rio Azul, localizado no estado do Rio Grande do Sul, possuem uma sala de espera, uma recepção, uma sala de curativo, uma sala de vacina, uma farmácia, uma sala de enfermagem, duas salas para consultas médicas, uma sala de observação, uma sala de triagem, uma sala de esterilização, uma sala de vigilância sanitária, uma sala do Secretário de Saúde e uma sala onde atende o nutricionista. Atualmente nossa UBS está em projeto de construção, por isso os psicólogos, a fisioterapeuta e os odontólogos atendem em outros locais fora da UBS. Temos uma ambulância e pessoal qualificado, além de duas Vans para deslocar os pacientes.

Nossa UBS não tem as condições para fazer plantão, por isso os pacientes se deslocam para o Hospital de Aratiba, município vizinho. Nossa UBS tem uma população de 2.003 habitantes, sendo 1.049 do sexo masculino e 954 do sexo feminino. Contamos com 14 pequenas comunidades, cada comunidade tem um agente comunitário de saúde. O atendimento é realizado por demanda espontânea a toda a população do município e demais pessoas passageiras que eventualmente necessitarem de atendimentos SUS e também por consultas agendadas aos pacientes, sempre encontrando boas práticas e atualizações para atender sempre da melhor maneira possível. A Secretaria Municipal de Saúde tem Programas prioritários como: Programa Nascer Bem, Programa de Auxílio para compra de Prótese Auditiva, Programa de auxílio para compra de óculos, Programa de distribuição de Medicamentos de uso contínuo, Programa de auxílio para Realização de Ultrassonografia, Tomografia e Ressonância Magnética, Programa de Auxílio para realização de Mamografia. Dentre as ações de saúde vem sendo desenvolvido trabalhos como: Saúde Mental, Saúde Bucal, Saúde da Mulher, Educação Alimentar e

Nutricional. As atividades desenvolvidas pela Equipe do Estratégia da Saúde da Família e os demais profissionais de Saúde na Atenção Básica são realizadas em conjunto, mas cada um com suas atribuições. Os pacientes são recepcionados e atendidos por ordem de chegada e por ficha de atendimento. Em seguida passam pela triagem e posteriormente são atendidos pelo profissional o qual a situação requer. Os pacientes contam ainda com os serviços profissionais de: encaminhamentos para atendimentos especializados através do SUS, assim como subsídios de consultas e exames através de convênio com a UNIMED; plantão de sobreaviso realizado por dois motoristas para deslocar aos pacientes que precisarem. Eu cumpro carga horária de 40 horas de trabalho, das 32 horas com atividades assistenciais e visitas domiciliares e às 8 horas restantes utilizo para a especialização. Temos maior incidência de doenças crônicas não transmissíveis com predomínio de Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e Doenças Psiquiátricas como neurose depressiva. Além de infecções respiratórias agudas, ainda mais agora no tempo frio. A população apresenta muitos fatores de risco como obesidade e sedentarismo.

As casas têm boas condições de higiene, mais tem muita presença de animais domésticos que transmitem doenças, o abastecimento de água é bom, com água tratada, tanto na zona urbana como na rural. Na verdade minha maior surpresa é ver a quantidade de pacientes que tomam medicação psicotrópica, eu já trabalhei na Venezuela e nunca vi tantos pacientes que dependessem desse tipo de medicação. Desde que eu cheguei estamos trabalhando em equipe fazendo visitas domiciliares, pelo geral fazemos visitas domiciliares duas vezes a semana, assim logramos levar uma atenção integral, familiar e individual à população, trabalhando em equipe, com prevenção de doenças e promoção de saúde, tratamento e reabilitação. A relação dos profissionais com a população é muito boa. Fui muito bem acolhido pelo pessoal da Unidade Básica e a população sabe que temos muito trabalho para fazer mais acredito que trabalhando juntos poderemos fazer do Brasil um país cada dia mais saudável.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Barra do Rio Azul, localizado no estado do Rio Grande do Sul, é um dos pequenos municípios emancipados no ano de 1992, sendo que anterior há esse ano era distrito do município de Aratiba. Possui uma área de 147,3 km², tendo uma área total de 14.703 hectares, a topografia predominantemente acidentada, se situa as margens do Rio Uruguai, na região norte do estado, fazendo limite com o estado de Santa Catarina. A distância da capital do estado é de 420 km, não possui acesso pavimentado asfáltico. O acesso aos demais municípios vizinhos é por via municipal de chão batido.

Atualmente o município conta com 14 pequenas comunidades, sendo assim identificadas: Comunidade Bela Vista, Campo Alegre, Jubare, Não Facelite, Palomas, Palometas, Pinhão, Poço Escuro, Remanso de Tigre, Rio Bonito, Rio Brasil, Rio Pinheiro, São Pedro, Beira Cancha.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Barra do Rio Azul, localizada na Rua das Rosas 268 centro, zona urbana, é que será foco da presente especialização. Com uma população de 2.003 habitantes atendidos na UBS, sendo 1.049 do sexo masculino e 954 do sexo feminino, o atendimento é realizado por demanda espontânea a toda a população do município e demais pessoas passageiras que eventualmente necessitarem de atendimentos SUS e também por consultas agendadas aos pacientes, sempre encontrando boas práticas e atualizações para atender sempre da melhor maneira possível. A situação geográfica do município dificulta a atenção à saúde já que as comunidades ficam longe da UBS e o município tem morros, rios e em etapa de chuva ficam como limitante por o difícil acesso à UBS.

A unidade conta com 6 Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com a disponibilidade de materiais para a realização das atividades. Existe uma boa disponibilidade de transporte para os usuários e ACS. O médico da família realiza visitas domiciliares na comunidade dois dias na semana, para isso fiz uma programação de visita com todos os ACS sendo entregue aos motoristas para que não exista dificuldade com o transporte.

Percebo que a população faz um uso irracional de medicamentos, por isso, pedi para o gestor fazer atividades de educação na população. Percebi também que

faltam grupos de capacitação para o trabalho, combate ao tabagismo, hipertensão e diabetes, assim como de portadores de sofrimento psíquico. Esses tipos de atividades são muito importantes já que ajuda a dar promoção e evitar essas doenças, observando-se que um dos maiores problemas no Brasil é a quantidade de pacientes que consomem medicação anti-psicotrópica. Na UBS seria muito interessante começar a realizar este tipo de atividades que só dependem de nós, os profissionais da saúde. É muito interessante que frequentemente sejam realizadas atualizações das atividades de qualificação para a gestão em saúde, já que ajuda aos profissionais a dar um melhor atendimento e aumentar a qualidade de vida da população. Os profissionais deveriam participar do gerenciamento dos insumos da UBS, isso ajudaria a um melhor funcionamento da UBS. Se deverá coordenar com o gestor da saúde para seu funcionamento. Outro tema é a periodicidade das reuniões de equipe, pelos menos deveriam ser feitas com uma periodicidade definida e assim esclarecer frequentemente os problemas da UBS.

Na UBS estão identificados os principais fatores de riscos a que esta exposta à população e se mantém um trabalho com os diferentes grupos para sua eliminação e controle, desde que eu cheguei mediante as visitas domiciliares que faço, mantenho a pesquisa dos fatores de risco assim como os pacientes com doenças crônicas, levando um acompanhamento deles de acordo a seu problema e sua incorporação aos diferentes grupos que existem na área de abrangência da UBS, desenvolvidos pela equipe, questão que foi discutida na reunião de equipe, de vincular a todos os membros nas atividades que se realizam uma nova que se implanta que eu sugeri foi antes de começar as consultas, falar para os pacientes sobre os temas uns dez minutos, isso aumenta o conhecimento dos pacientes e diminui o risco das doenças. A ESF realiza atividades em outros lugares do município como: domicílio a través das visitas domiciliares realizadas por agentes comunitários de saúde, médico, enfermeiros e psicólogo, e outros lugares como bairros, escolas e demais espaços comunitários.

A reunião de equipe é muito importante para um bom funcionamento de uma UBS, onde participam todos os trabalhadores da unidade, é um encontro muito bom porque ali discutimos a principais dificuldades que afetam nosso trabalho e suas soluções, se realizam a programação das diferentes atividades a realizar, eu posso dizer que melhorando todos os problemas detectados nossa UBS será referência no Brasil.

Na UBS se realiza o primeiro acolhimento na recepção com a enfermagem, mas a toda a equipe da UBS está preparado, para exercer a função de acolhimento também, eles tem definido quem vai a receber o usuário que chega como avaliar o risco e a vulnerabilidade desse usuário, o que fazer de imediato, quando encaminhar uma consulta médica, como organizar a agenda dos profissionais, que outras ofertas de cuidado, temos um espaço adequado para escuta, análise, definição de oferta de cuidado com base na necessidade de saúde. Na UBS os usuários com atividades agendadas (por exemplo consultas) ou da rotina (por exemplo vacina) são bem recebidos e devidamente direcionados, evitando esperas, nossos trabalhadores encarregados de escutar demandas (sem agendamento prévio) tem capacidade de análise (identificando o risco e avaliando vulnerabilidade).

O trabalho na UBS com dois médicos possibilita agendar consultas, dar uma boa atenção na demanda espontânea e fazer visita domiciliaria tudo isso se deve a que não temos excesso de demanda para as consultas. Está se trabalhando com muita parceria entre todos os colegas. A UBS tem um bom local para realizar o acolhimento do usuário, os pacientes não precisam estar no corredor já que tem muitas cadeiras na área da recepção. O acolhimento é feito pela enfermeira, técnica de enfermagem e auxiliar de enfermagem, além da recepcionista; isso permite que o paciente sinta se confortável na UBS e quando o paciente chega à consulta já tem os dados da triagem feitos pela enfermeira. É muito importante dizer que o acolhimento é feito todos os dias e feito a todos os pacientes que acudam a consulta. A equipe tem conhecimento dos riscos biológicos pelo que se usam lixos para os diferentes riscos biológicos. Outra coisa muito importante é que pelo geral os usuários não têm que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico, já que o trabalho em parceria facilita o atendimento.

Na UBS a cobertura de Saúde da Criança é muito boa, sendo de 54% (13 crianças menores de um ano) das 24 crianças estimadas segundo o Caderno de Ações Programáticas. Além disto, 46 crianças até 72 meses atendidas. Na UBS 100% das crianças acompanhadas tem as consultas em dia, só uma criança teve atraso das consultas agendadas por mais de 7 dias, além disso 100% das crianças fizeram o teste do pezinho e realizam a primeira consulta nos primeiros 7 dias de vida. Também 100% das crianças têm feitos monitoramento do crescimento e desenvolvimento na ultima consulta. Também 100% das crianças têm as vacinas em dia e a avaliação de saúde bucal, assim como se da orientação para o aleitamento

materno exclusivo e orientação para prevenção de acidentes aos 100% das crianças. É muito importante todas as ações feitas na UBS já que ajudam ao desenvolvimento da criança e sua família. Além disso, se da orientação gerais sobre alimentação saudável, neste caso aleitamento materno até os seis meses, se explica os benefícios da mesma, para criança e mãe, se orienta sobre higiene pessoal e coletiva em casa, sobre a prevenção de doenças respiratórias e doenças diarreicas, orientamos sobre a importância da vacina, o tempo em que deve ser administrada, e programa-se a próxima consulta. Existe arquivo para os registros dos atendimentos da puericultura que permite verificar as crianças faltosas, completude de registros, indicar procedimentos em atraso, principalmente vacinas, esse arquivo é revisado mensalmente pela enfermeira, médico clínico geral ou de família, nutricionista, odontólogo, psicólogo e técnica de enfermagem. Outra coisa muito importante é a presença da Caderneta de Criança, já que permitem preencher informações atuais da criança, além de conversar e explicar aos familiares como reconhecer sinais de risco na curva de crescimento e chamar a atenção para a data da próxima vacina.

A situação da atenção pré-natal na UBS é boa, o município é pequeno e têm cinco mulheres grávidas, o controle pré-natal é feito na UBS pelo médico que a usuária preferir, no caso de precisar avaliação por ginecologista então se faz o encaminhamento para outro município já que nós não temos esse tipo de consulta na UBS. As ações de pré-natal são desenvolvidas pela equipe que acompanha as 5 gestantes da área cadastrada, que tem uma cobertura de 17% gestantes, para o estimado de 30. Na UBS, as ações de atenção à gestante estão estruturadas de forma programática que seguem o manual técnico de Ministério de Saúde. Quanto ao puerpério são estimadas de acordo com caderno de ações programáticas 24 puérperas, mas somente 8 são acompanhadas na UBS, sendo a cobertura de 33%. Os aspectos que poderiam melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal e ampliar a cobertura: agora se está fazendo o cadastro de 100% da comunidade realizamos dinâmica de grupo com a psicóloga onde falamos todo o referente a parto e puerpério, palestras de todos os temas com relação à gravidez, temos que seguir com as atividades de educação em saúde para promover a importância da atenção pré-natal e do puerpério e para melhorar a qualidade de atenção da grávida, também trabalhar com as mulheres em idade fértil para controlar seus fatores de riscos antes da gravidez e assim obter um bom resultado materno infantil, também precisamos realizar a captação precoce das gestantes antes das 12 semanas e

fazer um seguimento como estabelece o protocolo, assim como atenção ao recém-nascido e puérpera.

Atualmente a UBS tem 177 mulheres entre 50 e 69 anos residentes na área e acompanhadas para a prevenção de câncer de mama para um estimado de 207 mulheres, sendo a cobertura de 86%, dessas 159 mulheres tem mamografia em dia para um 90% do total. A avaliação de risco para câncer de mama é realizado aos 100% da população assim como as orientações sobre a prevenção do câncer de mama. As ações de rastreamento do câncer de mama são realizadas pelo medico, enfermeira e técnica de enfermagem. O rastreamento do câncer de mama é oportunístico e organizado. A UBS conta com o protocolo de controle do câncer de mama do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer, isso é muito importante já que permite trabalhar organizado e estar atualizado sobre essa doença, utiliza o protocolo de controle do câncer de mama a enfermeira e o medico. Os atendimentos às mulheres que realizam mamografia são registrados no prontuário clinico e no formulário especial, além disso, existe um arquivo para o registro dos resultados da mamografia que se revisa sem periodicidade definida já que a UBS não tem mulheres com mamografia alterada. A UBS não tem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações controle do câncer de mama, agora não temos problemas com isso porque a UBS não tem mulheres com câncer de mama, mais seria boa ideia ter pelo menos um profissional que se dedicara a essa atividade num futuro, no caso que se precisara, já que ajudaria a um melhor desempenho do Programa.

Quanto às ações de Prevenção do Câncer de Colo de Útero atualmente existem 490 mulheres entre 25 e 64 anos residentes na área e acompanhadas na UBS para prevenção de câncer de útero sendo o valor estimado 552 mulheres, sendo a cobertura de 89%. Das mulheres acompanhadas 70% tem realizados o exame citopatológico para câncer de colo de útero em dia, não temos exame citopatológico para câncer de colo de útero alterado, por isso a importância de realizar o exame a toda a população compreendida. A avaliação de risco para câncer de útero é realizado às 490 mulheres do município, isso também é muito importante para manter uma boa prevenção deste tipo de doença, e é realizado pela enfermeira e o medico clinico ou da família em palestras ou nas próprias consultas, onde também se da orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e orientações sobre doenças sexualmente transmissíveis, afortunadamente nossa UBS conta com uma

boa enfermeira na coleta satisfatória dos exames. Todos os profissionais de saúde orientam todas as mulheres e homens para o uso de preservativo, além disso, contamos sempre com uma caixa de preservativos na sala de recepção para que todos os usuários que desejem não precisem comprar, sempre se fala com os pacientes sobre a importância de evitar o tabagismo, orientação de atividade física, prática de boa alimentação, evitar o consumo excessivo de álcool, assim como outras ações de prevenção, principalmente para incentivar a realização do exame citopatológico, e para investigar sobre os fatores de risco de câncer de colo de útero e de mama. O trabalho é realizado em equipe, já que participam todos os integrantes da equipe de saúde. O rastreamento do câncer de colo de útero é oportunístico e organizado, já que se alguma mulher tem algum sintoma se realiza a coleta do exame e também organizado, de maneira que se agenda consulta para realizar a coleta do exame citopatológico. A UBS conta com o protocolo do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer na prevenção deste tipo de doença, isso é muito importante já que permite trabalhar de forma organizada. Os atendimentos às mulheres são registrados no prontuário clínico e no formulário especial para citopatológico. Muito importante dizer que a equipe de saúde realiza atividades com grupo de mulheres para prevenir o câncer, onde participam toda a equipe de saúde.

Em relação às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), atualmente acompanhamos 76 pessoas com DM, para um estimado de 128 usuários e 370 pessoas com HAS. A cobertura está em 59% para diabéticos e 83% para hipertensos. Na UBS trabalhamos para melhorar os indicadores de HAS e DM, contamos com prontuários específicos na UBS, que são revisados por médico e enfermeiros regularmente para avaliar riscos, para ver quem está atrasado nas consultas programadas. Dentre as atividades desenvolvidas é realizada a busca ativa, palestras, visitas domiciliar, é realizado a estratificação de risco cardiovascular por critério clínico em 100% dos hipertensos. Todos têm feitos os exames complementares periódicos em dia, assim como todos recebem orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável, também todos têm à avaliação de saúde bucal em dia. Na UBS sempre se realizam ações para o controle do peso corporal dos pacientes, sejam hipertensos, diabéticos ou não. Isso é muito importante já que é muito melhor prevenir do que tratar doenças. Também são feitas ações de estímulo à prática regular da atividade física para os pacientes hipertensos e diabéticos, fazendo

ênfase na importância de evitar o consumo excessivo de álcool e tabagismo. Além disso, são feitas outras ações de prevenção de complicações como, imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, assim como problemas de saúde bucal e mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, obesidade e sedentarismo. Também os profissionais de saúde explicam aos pacientes como reconhecer sinais de complicações da HAS e DM. Muito importante dizer que na UBS participa toda a equipe de saúde no atendimento dos pacientes com HAS e DM, desde a assistente social até os médicos e enfermeira. Não temos excesso de demanda para atendimento de problemas de saúde agudos com os pacientes hipertensos e diabéticos. Todos os pacientes com HAS e DM têm a avaliação e atendimento dos especialistas, nos casos que precisarem a internação hospitalar ou serviço de pronto atendimento se realiza o encaminhamento e se deslocam para o hospital. Os atendimentos são registrados no prontuário clínico e digital.

Em relação a saúde dos idosos, existem 266 idosos que representa 97% de cobertura, sendo estimado 273 idosos na área da UBS. Nenhum dos idosos tem a Caderneta de Saúde. Na nossa UBS não temos o protocolo de atendimento para idosos, assim como não se realiza a Avaliação Multidimensional Rápida, isso também é muito importante já que pode ser utilizado para identificar problemas de saúde condicionantes de declínio funcional em pessoas idosas. Muito importante dizer que todos os idosos em nossa UBS têm o acompanhamento em dia, isso melhora a atenção e o cuidado dos idosos para prevenir outras doenças. O atendimento aos idosos acontece todos os dias da semana, em todos os turnos e toda a ESF participa dos atendimentos. Os pacientes idosos sempre saem da UBS com a próxima consulta programada agendada. Não temos excesso de demanda de idosos para atendimento de problemas de saúde agudos.

São realizadas várias ações como imunizações, promoção da atividade física, promoção de hábitos alimentares saudáveis, promoção da saúde bucal e mental, diagnóstica e tratamento de problemas clínicos em geral, de problemas de saúde bucal e mental, diagnóstica e tratamento do alcoolismo, da obesidade, sedentarismo e tabagismo. Os atendimentos são registrados nos prontuários clínicos, ficha de atendimento odontológico, nutricional e nas fichas espelho de vacinas. Não existem profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações dispensadas aos idosos, assim como tampouco temos

profissionais que se dedicam à avaliação e monitoramento das ações dispensadas aos idosos.

A UBS deve ser a porta de entrada preferencial da gestante, idosos e crianças no sistema de saúde. Acredito que ainda estamos longe da perfeição na qualidade no atendimento da população, mais também acredito que aos poucos o atendimento melhorará trabalhando em conjunto. A melhor medicina é a preventiva!

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

Fazendo um comentário comparativo com relação ao texto na segunda semana de ambientação e este relatório, em resposta á pergunta: “Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?”, no primeiro momento não tinha todo o conhecimento sobre o trabalho de nossa UBS, agora conseguimos identificar os problemas em relação a os programas avaliados, este trabalho dá às ferramentas necessárias para identificação dos problemas, procurando sempre envolver toda a equipe na intervenção para que sejam estabelecidos os protocolos, os sistemas de registro, sendo uma prioridade de monitoramento que seja incorporada a rotina do trabalho da UBS e a implementação de ações programáticas para assim melhorar a qualidade de vida e expectativa de vida dos pacientes.

Atualmente após a análise situacional o trabalho na UBS é feito com um melhor planejamento, ordenado e eficiente. Antes da minha chegada como médico do Programa Mais Médico Brasil, as consultas eram agendadas pela parte da manhã e depois só eram atendidas as urgências. Agora a situação é diferente, o atendimento ocorre a toda a população que chega à UBS. Isso é muito importante já que tem pessoas que moram longe da UBS e antes tinham que acordar muito cedo para chegar a tempo à UBS. Afortunadamente tudo isto teve um grande impacto na população, principalmente para aqueles que moram no interior.

Definitivamente existem mudanças na UBS desde o início da especialização, primeiramente se percebe uma mudança no pensamento do gestor da saúde e dos demais profissionais da UBS, as reuniões do ESF são feitas periodicamente, os protocolos de atendimentos já foram solicitados.

O maior desafio da UBS vai ser continuar fazendo melhorias no atendimento, adotar os protocolos do Ministério da Saúde e continuar dando uma atenção de qualidade, digna como merece cada ser humano.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

No Brasil são cerca de 17 milhões de portadores de hipertensão arterial, 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente; seu aparecimento está cada vez mais precoce e estima-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes também sejam portadoras. A carga de doenças representada pela morbimortalidade devida à doença é muito alta e por tudo isso a Hipertensão Arterial é um problema grave de saúde pública no Brasil e no mundo. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, sem o que, mesmo doses progressivas de medicamentos não resultarão alcançar os níveis recomendados de pressão arterial. No Brasil, estima-se 11% da população igual ou superior a 40 anos é diabética, o que representa cerca de 5 milhões e meio de portadores. O Diabetes Mellitus (DM) e a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) são responsáveis pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) e representam, ainda, mais da metade do diagnóstico primário em pessoas com insuficiência renal crônica submetidas à diálise. Será utilizado o protocolo do Ministério de Saúde de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus (BRASIL, 2013).

A Unidade Básica de Saúde (UBS), localizada na zona urbana do município de Barra do Rio Azul, RS. Tem uma sala de espera, uma recepção, uma sala de curativo, uma sala de vacina, uma farmácia, uma sala de enfermagem, duas salas para consultas médicas, uma sala de observação, uma sala de triagem, sala de esterilização, sala de vigilância sanitária, uma sala do Secretário de Saúde e uma

sala onde atende o nutricionista, atualmente nossa UBS está em projeto de construção, pelo que os psicólogos, a fisioterapeuta e os odontólogos atendem em outros locais fora da UBS. A UBS tem uma ambulância e pessoal qualificado, além de duas Vans para deslocar dos usuários. A UBS tem uma população de 2.003 habitantes, sendo 1.049 do sexo masculino e 954 do sexo feminino.

Na UBS atualmente existem 370 usuários hipertensos com 20 anos ou mais, que representa 83% do indicador de cobertura. Todos com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico. Dos 370 pacientes hipertensos 15 tem atraso nas consultas agendadas em mais de 7 dias. Todos têm feitos os exames complementares periódicos em dia, assim como todos recebem orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável. Na UBS temos 76 usuários diabéticos, que representa 59% do indicador de cobertura, 22 usuários tem atraso nas consultas agendadas em mais de 7 dias. Na UBS participa toda a equipe de saúde no atendimento dos usuários com HAS e DM, desde a assistente social até os médicos e enfermeira. São feitas ações de estímulo à prática regular da atividade física para os usuários hipertensos e diabéticos, fazendo ênfase na importância de evitar o consumo excessivo de álcool e tabagismo. Além disso, são feitas outras ações de prevenção de complicações como, imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínico em geral, assim como problemas de saúde bucal e mental, diagnóstico e tratamento do alcoolismo, obesidade e sedentarismo. Também os profissionais de saúde explicam aos usuários como reconhecer sinais de complicações da HAS e DM.

Cabe destacar que foi escolhida a intervenção com hipertensos e diabéticos já que todos os registros e cadastro da UBS Barra do Rio Azul estavam desatualizados, sendo que os dados que possuía a Unidade não eram fidedignos.

É importante a realização desta intervenção na UBS porque vai ajudar na busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos que ainda não estão cadastrados, vai ajudar a aumentar as atividades de promoção e prevenção destas doenças, ensinando os profissionais a trabalhar seguindo o protocolo de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus do Ministério de Saúde, vai melhorar a prevenção de complicações, assim como diminuir a mortalidade das doenças, também vai melhorar a qualidade de vida dos usuários. Para fazer esse trabalho precisamos melhorar a relação com os agentes de saúde comunitários assim como com o resto da equipe de saúde, precisamos trabalhar mais em equipe. Tentaremos fazer um

bom trabalho de intervenção, fazendo ênfases na qualidade. Precisaremos da participação e preparação de toda a equipe de saúde, lembrando que o nosso objetivo final é melhorar a qualidade de vida da população brasileira.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da atenção à saúde dos usuários com hipertensão e/ou diabetes na UBS Barra do Rio Azul, Barra do Rio Azul/RS.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1. Cadastrar um 80% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção á hipertensão arterial e á diabetes mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção á hipertensão arterial e á diabetes mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registros das informações

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na UBS Barra do Rio Azul, no Município Barra do Rio Azul-RS. Participarão da intervenção 305 usuários hipertensos e 75 usuários diabéticos com idade de 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da UBS.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos Hipertensos da área de abrangência no programa de atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de Saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos Diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de Saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. O médico será responsável pelo monitoramento da ação, a avaliação será realizada por toda equipe de saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, a equipe toda participará do registro. Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM, já que o acolhimento atual é bem desenvolvido. Perceber material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde, realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Farei uma reunião com a equipe de nossa ESF pedindo o apoio de cada um nesta tarefa, principalmente os ACS, que são os responsáveis das microáreas e conhecem melhor a população da área adstrita. Capacitar os ACS para o cadastramento de usuários hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. Aproveitando os diferentes cenários como as consultas medindo a pressão arterial aos usuários maiores de 18 anos ou menores de essa idade com fatores de risco como a obesidade, realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, obesos, com antecedentes familiares de diabetes mellitus e outros fatores de risco, nas visitas domiciliares, as atividades feitas em grupos. Também estarei com os ACS uma tarde por semana para monitorar o trabalho e ajudar melhorar a qualidade do mesmo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Capacitar os ACS para o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular, para 100% dos diabéticos e hipertensos cadastrados na unidade de saúde, realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado, exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, dos usuários hipertensos e diabéticos, o número de diabéticos e hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo do MS de 2013, adotado na unidade de saúde. Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e Sistema de Gestão Clínica de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus da Atenção Básica (Hiperdia), como não temos na UBS medicamentos suficientes e de qualidade para esta ação, encaminhamos aos pacientes para a farmácia popular. Monitorar a avaliação do atendimento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos. O médico será responsável pelo monitoramento da ação, a avaliação a será realizada por toda equipe com periodicidade semanal.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos, estabelecer periodicidade para atualização dos

profissionais. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados, garantir a solicitação dos exames complementares, realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Nas conversas no grupo são feitas de forma expositiva com recursos de multimídia apresentando imagens de lesões de pés diabéticos e outras imagens que os usuários enxergam e perguntam dúvidas. Orientar os usuários e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares, quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Nas consultas agendadas ou nas consultas de demanda imediata ou nas atividades de grupo que os usuários vão solicitar renovar as receitas, faremos a prescrição desses medicamentos para a farmácia popular.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares, orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão. Melhoraremos a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa acolhendo a comunidade, buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Nas consultas feitas pelo médico e enfermeiro, sejam agendadas, cuidado continuado ou demanda imediata faremos o interrogatório e exame físico aos usuários e também, durante as atividades de grupo, falaremos da importância de

assistir as consultas médicas e com o dentista, da importância de fazer o exame odontológico. Pedindo apoio ao dentista para fazer as pesquisas nos usuários no ambiente das consultas onde tem mais condições para um exame físico de qualidade.

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

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), um membro da equipe ficará responsável por o monitoramento. A procura dos faltosos deverá ser feita pelos ACS e também na UBS, pelo enfermeiro, auxiliar de enfermeira, atendente de farmácia e o médico, será de utilidade o arquivo específico.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Organizar e planificar as visitas domiciliares para buscar os faltosos. A mesma poderá ser feita por qualquer dos integrantes da equipe, organizar a agenda para acolher os usuários hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, esclarecer aos usuários com hipertensão e diabetes, e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Quantificaremos os faltosos, pois não temos registro específico.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a qualidade dos registros de usuários hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, o registro deverá ser feito com letra legível, contemplando sintomas, diagnóstico, solicitação resultado e interpretação de exames, tratamentos, encaminhamentos, renovação de receitas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Manter as informações do SIAB atualizadas, implantar planilha/registro específico de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações, temos caderneta de acompanhamento desta ação que a técnica de enfermagem preenche com dados dos usuários, pero que agora deveremos dar continuidade na atualização de dados e colocaremos a data do agendamento da próxima consulta. Definir responsável pelo monitoramento registros. Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença, o arquivo específico será de utilidade para este item.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos usuários hipertensos e diabéticos, assim como o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, sendo que toda a equipe realizará o diagnóstico de risco em usuários em toda a UBS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Dar prioridade ao atendimento dos usuários avaliados como de alto risco. Manter as consultas agendadas regularmente e livre demanda para atenção destes usuários.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Serão orientados os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular, esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis, nível de risco e à importância do acompanhamento regular. As orientações serão desenvolvidas coletivamente, por meio dos grupos operativos, e individualmente, por meio das consultas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos-alvo, assim como a importância do registro desta avaliação, estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis, realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, em especial a avaliação dos pés. Os controles dos fatores de risco serão abordados mediante a promoção de hábitos saudáveis, atividade física, investigação por análises laboratoriais e tratamento.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista; orientação nutricional, atividade física, e riscos do tabagismo aos usuários hipertensos e diabéticos. Devemos guiar-nos pelos registros e arquivos específicos de diabéticos e hipertensos para monitorar e avaliar as consultas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos, estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico. Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista, nutricionista, educadores físicos para estes usuários.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

Reforçar nas comunidades a intersetorialidade, as ações de promoção da saúde, garantir a disponibilização do atendimento com dentista, médico e a equipe. Orientar usuários hipertensos e diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, atividade física regular e tratamento para abandonar o tabagismo. Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e práticas de alimentação saudável, sobre metodologias de educação em saúde, promoção da atividade física regular, tratamento de pacientes tabagistas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

Capacitar a equipe para avaliação e tratamento bucal, prevenção, alimentação saudável, atividade física regular, riscos do tabagismo.

2.3.2 Indicadores

Os indicadores desenvolvidos para a intervenção estão em comum acordo com a Planilha de Objetivos, Metas, Indicadores e Ações (OMIA) e também com a planilha de coleta de dados que o nosso curso disponibilizou em parceria com a UFPel e a UNASUS.

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

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos 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 hipertenso na unidade de saúde.

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

Denominador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residente na área de abrangência da unidade de saúde.

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos Diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de Saúde.

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

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

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

Denominador: Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residente na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade de atenção a Hipertensos e /ou Diabéticos.

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus vamos adotar o Protocolo de atendimento de Hipertensão e Diabetes do Ministério da Saúde, 2013. Utilizaremos o prontuário clínico, ficha de atendimento nutricional e ficha espelho de vacinas. Estimamos alcançar com a intervenção 305 hipertensos (22,7% da população) e 75 diabéticos (5,6% da população). Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelho necessária e para imprimir as fichas que serão anexadas às fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro do prontuário eletrônico identificando todos os pacientes hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço nos últimos 3 meses. A profissional localizará os prontuários destes pacientes e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o protocolo de atendimento a hipertensos e diabéticos para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada duas horas ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro de equipe estudará uma parte do protocolo e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

Para monitorar o número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no programa contamos com os ACS e seus conhecimentos do programa e sobre a comunidade, sendo responsáveis do cadastro nas comunidades e realizar a buscas usuários faltosos as consultas. É muito importante esclarecer a comunidade sobre a importância das consultas programadas e a realização dos exames complementares. Terá que serem providenciadas as equipes para tomar

pressão arterial e hemoglicoteste e carros para deslocar os agentes comunitários de saúde. Para isto o gestor deve providenciar a ajuda.

A enfermeira e técnicas de enfermagem realizarão vacinação nas comunidades onde sejam detectados atraso na vacinação dos usuários. Além disso, as técnicas de enfermagem realizarão controle de estoque de medicamentos na farmácia da UBS.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade nas igrejas da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a importância de comparecer às consultas. Solicitaremos apoio da comunidade no sentido de ampliar a captação de usuários hipertensos e diabéticos, assim como solicitaremos apoio da rádio municipal para promover medidas de prevenção e controle dos usuários.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas espelho dos usuários hipertensos e diabéticos identificando aqueles que estão em consultas, exames clínicos, exames laboratoriais ou vacinas em atraso. Os agentes de saúde comunitários farão busca ativa dos usuários hipertensos e diabéticos em atraso. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A implementação do projeto de intervenção, realizado na terceira unidade do Curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL, foi iniciada no dia 30 de janeiro de 2015 e concretizada em 11 de junho de 2015. Durante todo esse período de intervenção foi priorizado seguir o cronograma previamente elaborado no projeto. Inicialmente foi informado ao secretário municipal de saúde e a coordenadora da Atenção Básica do município sobre a implementação do projeto de intervenção, bem como as mudanças na rotina do atendimento e as melhorias que seriam alcançadas.

Uma semana antes de iniciar as ações previstas de intervenção referentes à assistência aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na área de abrangência da UBS Barra Rio Azul, foi feita a divulgação do projeto por meio da rádio comunitária da cidade assim como pelos Agentes Comunitários de Saúde sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde e sua importância para a população.

Após os preparativos iniciais, como a impressão em quantidade suficiente das fichas espelhos (Anexo I), nas primeiras semanas foi ofertada capacitação aos profissionais de saúde da UBS de acordo com o protocolo de assistência preconizado pelo Ministério de Saúde aos usuários hipertensos e diabéticos, e houve capacitação também dos ACS para realização de buscas ativas dos hipertensos e diabéticos faltosos, para poder cadastrá-los no programa HIPERDIA e demais ações relacionadas. Durante as capacitações, foi estabelecido de forma mais detalhada o papel de cada profissional na ação programática. Nesse período foi realizado também contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância das ações programáticas e solicitar apoio necessário, como conceder espaços de escolas para realização das consultas e encontros em grupo.

Durante todo esse período de intervenção, foi enfatizado o monitoramento do número de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS, realizado o cadastramento daqueles que estavam faltosos ou que ainda não tinham sido cadastrados, atendimentos clínicos pautados nas recomendações do MS, buscas ativas dos hipertensos e diabéticos faltosos, e visitas domiciliares sempre com a presença dos ACS e da enfermeira ou técnicas de enfermagem, e algumas vezes do médico. Uma das ações que foram de fundamental importância para o bom andamento do projeto, foi o monitoramento das intervenções por parte da equipe, através da análise de prontuários e registros, relatos dos ACS e usuários atendidos, acompanhamento da planilha de coleta de dados (Anexo II) e verificação de demais informações sobre os usuários de cada micro área, buscando evidenciar falhas para que possam ser corrigidas nas semanas seguintes.

Como já ressaltado, as ações assistenciais desenvolvidas no programa de Hipertensão e Diabetes durante essas 16 semanas de intervenção, foram embasadas nos Manuais Técnicos de Hipertensão e Diabetes do MS, 2013. As ações relacionadas ao monitoramento e avaliação do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, foi verificada pelo médico e enfermeira juntamente com os demais integrantes da equipe.

Os usuários tiveram, quando necessário, exames de rotina solicitados durante as consultas, além de ter sido cobrado mais agilidade ao gestor municipal para oferecer a realização desses exames gratuitamente. Os usuários hipertensos e diabéticos classificados com potencial de alto risco tiveram atendimentos prioritários.

Quanto às ações voltadas ao engajamento público, houve divulgação na comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, ressaltando sobre a importância dos adultos jovens verificassem sua pressão arterial e conscientizá-los sobre os fatores de risco. Mensalmente foram ofertadas à população reuniões em grupo com o desenvolvimento de palestras informativas ministradas pelo médico, enfermeira e demais profissionais, como nutricionista e colaboração dos ACS, desenvolvidas em escolas e espaços comunitários, esses espaços foram bastante enriquecedores, pois a equipe pôde orientar os usuários sobre a hipertensão e o diabetes, com a realização de práticas coletivas sobre alimentação saudável, práticas regulares de

atividade física, orientações relacionadas aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes das DCNT, consequências dos riscos advindos do tabagismo a essa população, dentre outras ações relacionadas.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

A maioria das ações de intervenção foi realizada de forma harmoniosa e sem intercorrências. No entanto, houve a presença de alguns empecilhos que dificultaram um pouco o desenvolvimento de algumas ações previstas no projeto, como o aconteceu nos meses de fevereiro e março, pois vários profissionais estavam de férias e o trabalho decaiu consideravelmente nesses meses.

Além desses problemas, a equipe se deparou ainda com outros relacionados à falta de materiais e de recursos, como falta de algumas medicações necessárias na farmácia básica. A maioria dessas dificuldades foi melhorada parcialmente, como o fornecimento dos materiais e medicamentos mensalmente.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Durante o período de intervenção foram encontradas algumas dificuldades na coleta e sistematização de dados, como compreensão dos indicadores e gráficos. Além disso, devido à necessidade de desenvolver as demais ações assistenciais de rotina na unidade para atender todos os programas da Atenção Básica, houve dificuldades em prestar assistência voltada ao projeto de intervenção todos os dias da semana, bem como resistência e fase de adaptação no início, em que alguns usuários queixavam-se da demora das consultas, não se comprometiam em realizar os exames e não seguiam as demais recomendações solicitadas pela equipe. Esses fatores dificultaram o cumprimento de algumas metas elaboradas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Apesar das dificuldades citadas, ao preencher e analisar a planilha de coleta de dados semanalmente (Anexo II), foi possível perceber as melhorias nos indicadores gradualmente, com aumento progressivo da cobertura do programa de

atenção ao hipertenso e diabético na UBS durante os quatro meses de intervenção. É importante ressaltar que para conseguir alcançar as metas estabelecidas no projeto, houve uma dedicação mais significativa no quarto mês, com maior quantitativo de atendimento dos usuários hipertensos e diabéticos e realização de visitas domiciliares.

Não tenho dúvidas da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço, algo que já vem acontecendo e trazendo benefícios relevantes por meio das ações desenvolvidas na unidade. No entanto, pode haver alguns reajustes no quantitativo de usuários atendidos diariamente ou semanalmente, bem como a definição dos dias de acordo com a necessidade e interesse da equipe e comunidade.

Mesmo diante das dificuldades deparadas ao longo dessas 16 semanas de intervenção, foi uma etapa muito gratificante para mim quanto profissional da saúde, pois pude realizar as ações previstas de forma satisfatória e ver de perto a satisfação dos usuários ao receberem um atendimento digno como eles merecem e que têm direito, que proporcionaram melhorias na qualidade de vida da população hipertensa e diabética residente na área de abrangência da UBS Barra do Rio Azul.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Intervenção em Atenção Primária à Saúde visou à qualificação da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS Barra do Rio Azul, do município Barra do Rio Azul. A população estimada de hipertensos com 20 anos ou mais na área é de 305 usuários (22,7% da população). A estimativa de usuários com diabéticos é de 75 usuários (5,6% da população). Depois de realizar a intervenção durante 16 semanas com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e dos diabéticos na UBS Barra do Rio Azul, apresentamos os resultados da intervenção.

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

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos 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 hipertenso na unidade de saúde.

Conforme observado na Figura 1, obteve-se no primeiro mês da intervenção 27 usuários (8,9%), no segundo mês 115 usuários (37,7%), no terceiro mês 204 usuários (66,9%) e no quarto mês alcançamos 250 usuários (82%).

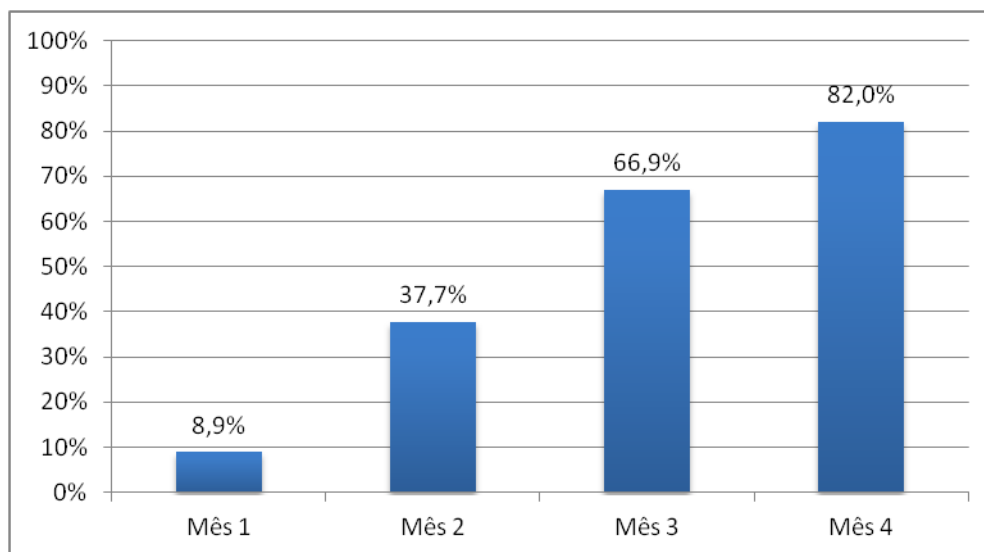


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade Básica de saúde Barra do Rio Azul, Barra do Rio Azul/RS, 2015.

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos Diabéticos da área de abrangência no programa de atenção á Hipertensão Arterial e á Diabetes Mellitus da unidade de Saúde.

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

Conforme a mostra a Figura 2, no primeiro mês desenvolveu-se 14 usuários (18,7%), no segundo mês 45 usuários (60%), no terceiro mês 81 usuários (84,4%) e no quarto mês 96 usuários (100%). Conseguiu-se atingir 82% da meta de cobertura da população hipertensa e 100% da diabética. O principal motivo para atingir a totalidade desses usuários foi o trabalho em equipe, onde participaram ativamente a enfermeira, as técnicas de enfermagem e os agentes comunitários de saúde.

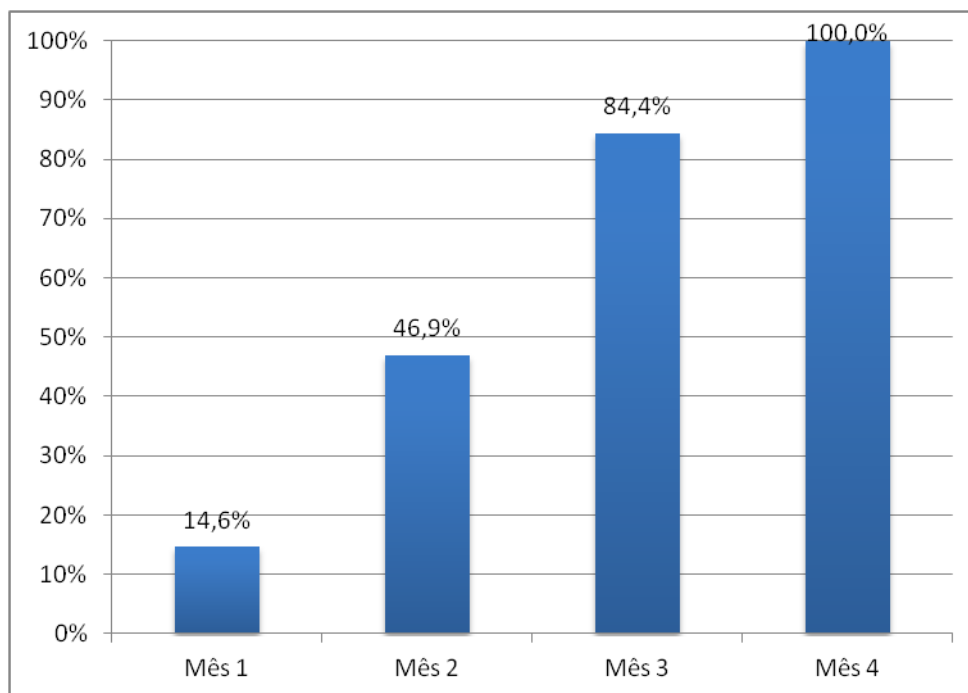


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade Básica de Saúde Barra do Rio Azul, Barra do Rio Azul/RS, 2015.

Objetivo 2. Melhorar a qualidade de atenção a Hipertensos e /ou Diabéticos.

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

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

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

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

Essas metas foram alcançadas de 100%, sendo acompanhados 27 usuários hipertensos no primeiro mês, no segundo mês 115 usuários, no terceiro mês 204 usuários e no quarto mês 250 usuários. Já os usuários diabéticos acompanhados no primeiro mês foram 14, no segundo mês 45 usuários, no terceiro mês 81 usuários e no quarto mês 96 usuários.

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

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

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

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

Essas metas foram alcançadas de 100%, sendo acompanhados 27 usuários hipertensos no primeiro mês, no segundo mês 115 usuários, no terceiro mês 204 usuários e no quarto mês 250 usuários. Já os usuários diabéticos acompanhados no primeiro mês foram 14, no segundo mês 45 usuários, no terceiro mês 81 usuários e no quarto mês 96 usuários. Todos os usuários hipertensos e diabéticos estavam com exame clínico em dia de acordo com o protocolo e exames complementares periódicos em dia. Felizmente isso se deve a que desde anos anteriores o médico e os profissionais da saúde da UBS fizeram um bom trabalho, sendo todos os usuários avaliados na consulta.

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

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

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

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

Outras metas de qualidade foram de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos/diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Essas metas foram alcançadas em 100%, sendo acompanhados nos usuários hipertensos no primeiro mês 27 usuários, no segundo mês 113 usuários, no terceiro mês 158 usuários e no quarto mês 186 usuários. Já nos diabéticos foi acompanhada no primeiro mês 14 usuários, no segundo mês 24, no terceiro mês 26 usuários e no quarto mês 27 usuários.

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

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

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

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

Todas essas metas foram alcançadas em 100%, sendo acompanhados no primeiro mês 27 usuários hipertensos, no segundo mês 113 usuários, no terceiro mês 204 usuários e no quarto mês 250 usuários. Já aos usuários diabéticos foram acompanhados no primeiro mês 14 usuários, no segundo mês 45 usuários, no terceiro mês 81 usuários e no quarto mês 96 usuários. Os fatores que contribuíram para alcançar essas metas foram às palestras realizadas pelos profissionais de saúde, o compromisso dos profissionais da saúde durante todo o processo do trabalho e o alto grau de consciência na população alvo sobre sua doença.

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

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

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

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

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

Quanto aos hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa, observou-se no primeiro mês 0%, no segundo mês 28 usuários (100%), no terceiro mês 28 usuários (100%) e no quarto mês 34 usuários (100%) que receberam busca ativa (Figura 3). Com o indicador de proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa, obteve-se 100% em todos os meses de intervenção, sendo realizado a busca no primeiro mês de 4 usuários, no segundo mês de 11 usuários, no terceiro mês de 12 e no quarto mês 12 usuários. Com a busca ativa dos usuários faltosos a consultas, no período da intervenção, alcançamos 100% da meta para os usuários diabéticos.

Durante o primeiro mês de intervenção surgiram diversos fatores que dificultaram o alcance da meta de cobertura pretendida, como o fato do coordenador

do projeto e alguns ACS estarem de férias, mas no decorrer das semanas fomos levantando algumas estratégias que ajudaram a aumentar os indicadores nos últimos meses. Conseguimos realizar busca ativa desses usuários hipertensos e diabéticos faltosos a consulta mediante visitas domiciliares feitas pela enfermeira, técnicas de enfermagem, nutricionista e os médicos. Muitos dos usuários visitados se encontravam descompensados de sua doença e com a busca ativa de usuários faltosos a consultas conseguimos compensá-los e ajudar a ter uma melhor qualidade de vida.

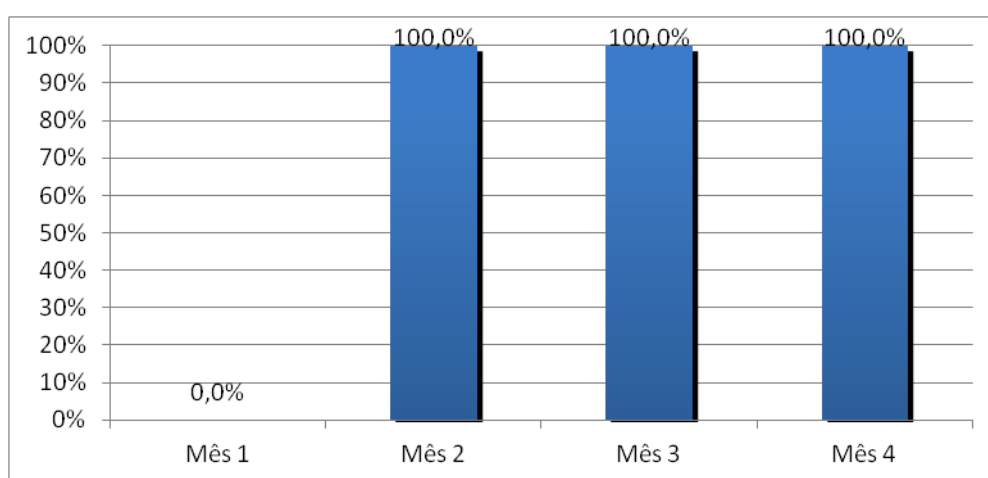


Figura 3. Proporção de hipertensos faltosos com busca ativa na Unidade Básica de saúde Barra do Rio Azul, Barra do Rio Azul/RS, 2015.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

Essa meta foi cumprida em 100% para os usuários hipertensos em todos os meses da intervenção, no primeiro mês foi realizado em 27 usuários, no segundo mês 115 usuários, no terceiro mês 204 usuários e no quarto mês 250 usuários. Já

para os usuários diabéticos no primeiro mês foi realizado em 14 usuários, no segundo mês 45 usuários, no terceiro mês 81 usuários e no quarto mês 96 usuários. Mais uma vez devo agradecer a toda a equipe por todo o trabalho feito em união.

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

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

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Como se observa na Figura 4, no primeiro mês não foi realizada a estratificação de nenhum usuário hipertenso, já no segundo mês foi realizado a 88 usuários (76,5%), no terceiro mês a 177 usuários (86,8%) e no quarto mês a 113 usuários (89,2%). Infelizmente não se cumpriu esse indicador devido a existência de usuários faltosos as consultas, por tanto não se pode realizar a estratificação de risco cardiovascular nos usuários hipertensos.

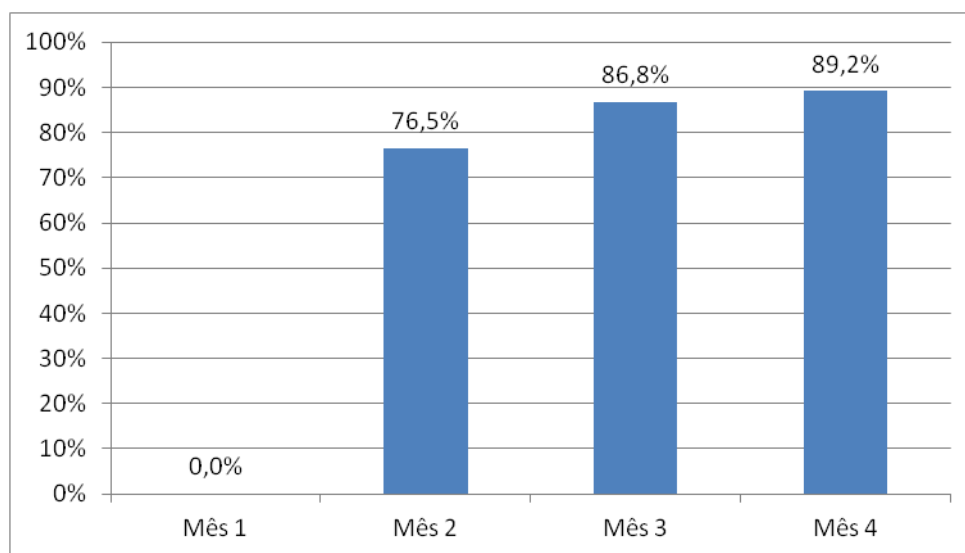


Figura 4. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Unidade Básica de saúde Barra do Rio Azul, Barra do Rio Azul/RS, 2015.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Outra meta foi de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, obteve-se 85,4% ao final dos 4 meses de intervenção, no primeiro mês não foi realizada a estratificação de nenhum usuário, no segundo mês foi realizado a 31 usuários(68,9%), no terceiro mês a 67 usuários (82,7%) e no quarto mês foi realizado a 82 usuários (85,4%), como observado na Figura 5. O processo de estratificação foi feito pelos médicos e a enfermeira da UBS e nós apoiamos na ficha espelho dos usuários. Infelizmente não se conseguiu realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, devido a que no 1 mês nós apresentamos alguns problemas de organização no trabalho na UBS, já que muitos ACS estavam de férias, a enfermeira também estava de férias igual que os médicos. Isto nos impossibilitou atingir a meta apesar do esforço feito nos meses restantes.

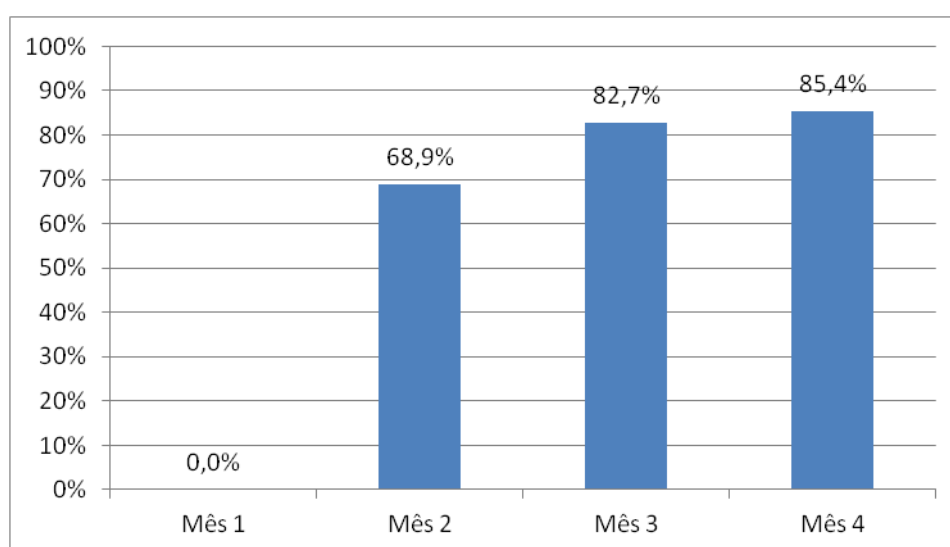


Figura 5. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Unidade Básica de saúde Barra do Rio Azul, Barra do Rio Azul/RS, 2015.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.
Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.
Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Com o objetivo de promover a saúde de hipertensos e diabéticos, as metas foram idealizadas em 100%. As ações de promoção em saúde foram feitas à população-alvo da intervenção e contemplaram orientações nutricionais sobre alimentação saudável, atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal.

Todas as metas foram cumpridas em 100%, sendo que os usuários hipertensos que receberam as orientações foram no primeiro mês 27, no segundo mês 115 usuários, no terceiro mês 205 usuários e no quarto mês 250 usuários. E quanto aos diabéticos foram orientados no primeiro mês 14 usuários, no segundo mês 45 usuários, no terceiro mês 81 usuários e no quarto mês 96 usuários. Todos os usuários hipertensos e diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, assim como todos os usuários hipertensos e diabéticos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo e higiene bucal. Essas orientações foram feitas nas consultas, na sala de espera da própria UBS, nas palestras realizadas pela enfermeira e médicos, assim como nas visitas domiciliares.

Acredito que a intervenção foi efetiva alcançando as metas de cobertura propostas, conseguimos melhorar a qualidade de atenção aos usuários, melhoramos a adesão de usuários com HAS e DM ao programa HIPERDIA e também se melhorou a promoção à saúde de hipertensos e diabéticos. Os usuários receberam muitas informações sobre DM e HAS, e sobre promoção da saúde, com o objetivo de repercutir numa melhor qualidade de vida para os usuários e suas famílias, filhos e netos terão também melhor qualidade de vida.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na Unidade Básica de saúde Barra do Rio Azul, Barra do Rio Azul melhorou o cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos usuários, a melhoria dos

registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos. Permitiu uma melhor avaliação da doença nos usuários hipertensos e diabéticos, assim como suas complicações. O nível de conhecimento da população sobre sua doença aumentou significativamente e seus conhecimentos sobre alimentação saudável se acrescentaram também.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, das técnicas de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, mostrando a importância do trabalho em equipe. O nível de superação profissional dos profissionais da saúde foi muito relevante, aliás, mostrou a capacidade de superação diante os problemas que se apresentaram durante a intervenção. A intervenção realizada teve impacto positivo em outras atividades na UBS já que permitiu reorganizar o trabalho do dia a dia, a demanda espontânea das consultas diminuiu tanto para os médicos quanto para a enfermeira e técnicas de enfermagem.

Antes da intervenção as atividades de atenção a hipertensão e diabetes eram concentradas no médico. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas. A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A classificação de risco tem sido crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos, e o cadastro dos usuários hipertensos e diabéticos permitiu organizar e reavaliar os indicadores de saúde no município.

O impacto da intervenção foi bem percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, melhoraram os conhecimentos sobre as doenças, e vários usuários tiveram que fazer mudanças nos hábitos alimentares já que perceberam que estavam errados. Com a intervenção conseguimos promover uma melhoria a qualidade de saúde dos usuários hipertensos e diabéticos, apesar de que ainda falta fazer mais atividades de promoção e prevenção nas comunidades mais distantes no interior do município.

Acredito que se desde o começo da intervenção, ou antes, de iniciar a intervenção se realizaram palestras periodicamente sobre Hipertensão Arterial e

Diabetes Mellitus sem dúvida alguma os resultados fossem ainda melhores. Resulta muito importante e muito benéfico para a população ter conhecimentos básicos sobre sua doença.

A intervenção será incorporada a rotina do serviço. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Também poderemos aumentar o número de visitas domiciliares aos usuários mais necessitados e os que não conseguem se deslocar facilmente.

O próximo passo será pactuar com todos os profissionais de saúde da UBS para ampliar os resultados alcançados, e continuar fazendo ênfases na promoção de saúde como ponto de partida para continuar melhorando a qualidade de vida dos usuários do município Barra do Rio Azul.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor Municipal,

Há aproximadamente um ano iniciamos uma especialização em Saúde da Família como parte das iniciativas da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas, o curso dá suporte ao Programa Mais Médico para o Brasil (PMMB). Sendo bastante prático e como resultado realizamos uma reorganização no programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus que servirá de modelo para reorganização de outras ações programáticas na equipe e na UBS e poderá servir para todo o município. Ao final dessa avaliação, foi observada a necessidade de melhoria do atendimento do programa Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e, devido a isso, houve motivação para a mudança desse cenário, pois o Programa Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus é um dos programas mais importantes que se deve trabalhar na Atenção Básica.

Para a realização desta intervenção foi necessário primeiramente o diálogo com a gestão da unidade o Secretário Municipal de Saúde, Coordenador da Atenção Básica, assim foi explicado o projeto e mesmo foi aprovado e recebeu o apoio da gestão para sua realização, logo foi discutido com toda a equipe da unidade também recebendo o apoio.

Depois de ter escolhido e aprovado o foco a intervenção começou com uma etapa muito importante de preparação, em que foi definido os objetivos e metas, e toda a logística que seria desenvolvida as atividades durante o período de quatro meses distribuídos num cronograma de 16 semanas a partir de janeiro de 2015, com objetivos de ampliar a cobertura dos usuários hipertensos e diabéticos com 20

anos ou mais residentes no território, e ao mesmo tempo melhorar e oferecer um atendimento de qualidade e integral para os usuários que serão assistidos.

Cumprindo o cronograma pré-estabelecido, inicialmente foi realizada a capacitação de toda a equipe multiprofissional sobre diferentes temas vinculados com a intervenção como: o Programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do Ministério da Saúde, sobre a coleta dos dados, capacitar as ACS sobre o cadastramento dos usuários, capacitações que foram desenvolvidas sem dificuldades na UBS.

Fazendo uma análise das ações desenvolvidas durante as 16 semanas que durou a intervenção, foi constatado que a grande maioria das ações programadas foram desenvolvidas sem dificuldades, no entanto houve algumas dificuldades que comprometeram um pouco a plenitude das ações realizadas como a ausência de alguns profissionais de saúde que saíram de férias.

Ao final da intervenção foi obtida a cobertura de 82% dos usuários hipertensos e 100% dos usuários diabéticos com 20 anos ou mais residentes no município.

Certamente foi um grande impacto realizar a intervenção no município. Os resultados foram bons e a população foi beneficiada. Os indicadores da intervenção em termos gerais foram positivos. Muito importante dizer que o apoio do gestor de saúde influenciou muito no desenvolvimento da intervenção, todas as inquietudes e problemas apresentados durante a intervenção foram resolvidos em parte graças à ajuda do gestor de saúde, principalmente na questão do transporte dos profissionais da saúde às regiões do interior. Seria bom realizar outras intervenções com programas diferentes no município, principalmente desenvolver ações de atenção prenatal e ao puerpério. Acredito que se melhorando o planejamento de atividades de prevenção e promoção como as visitas domiciliares e aumentando o número de palestras na comunidade a atenção de saúde melhoraria ainda mais.

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da UBS Barra do rio Azul, Barra do Rio Azul/RS.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade,

Ao iniciarmos a especialização em Saúde da Família da Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNA-SUS) e Universidade Federal de Pelotas, foi escolhida uma intervenção para que fosse realizada na UBS Barra Do Rio Azul sendo escolhido o Programa Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, sendo realizada por 16 semanas nos meses de janeiro até maio de 2015. Por meio deste breve relatório a equipe de saúde deseja fazer chegar à comunidade uma pequena apresentação dos principais resultados alcançados com a realização do processo de intervenção.

Durante toda a intervenção foi cumprido um cronograma estabelecido para um bom desenvolvimento e organização da mesma, as quais foram cumpridas sem nenhuma dificuldade. E dentre as ações que foram fundamentais para garantir o bom desenvolvimento do projeto de intervenção, destacam-se o monitoramento das ações programadas.

Com a intervenção foi possível ampliar a cobertura da atenção dos usuários hipertensos e diabéticos com 20 anos ou mais, assim como a melhoria dos registros da unidade e demais benefícios para nossa comunidade. Após o período de 16 semanas as ações desenvolvidas se converteram em rotina em nosso serviço da UBS. Algo gratificante e que motivou a equipe foi o fato de perceber a satisfação da comunidade em geral, sobretudo das usuárias assistidas, tanto em relação aos atendimentos clínicos individuais, quanto os coletivos por meio de ações educativas e palestras realizadas nas comunidades sobre os temas relacionados a hipertensão e diabetes.

Após ter conversado com alguns usuários da comunidade percebo que eles estão muito contentes com a incorporação dos profissionais da saúde nas regiões

do interior do município, principalmente realizando atividades educativas, fazendo ênfase na prevenção de doenças e promoção de saúde. Felizmente a comunidade ganhou em qualidade de saúde, a atenção básica na saúde chegou ate regiões onde não era comum esse tipo de trabalho preventivo. Conseguiu-se aumentar o nível de conhecimento da população sobre doenças tão frequentes como a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, porém os hábitos alimentícios da população alvo melhoraram, nas atividades realizadas se comprovou que muitos usuários não tinham uma boa alimentação, apesar de ter uma boa economia muitos não conseguiam fazer uma dieta saudável. Agora precisamos manter e melhorar essas ações de saúde na comunidade com o objetivo de alcançar uma ótima atenção de saúde na população. Convido a comunidade para participar de mais trabalhos educativos, para aumentar o nível de conhecimento da população e a atenção de saúde continuariam melhorando. ACREDITO...

Atenciosamente,

Equipe de Saúde da UBS Barra do rio Azul, Barra do Rio Azul/RS.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Devo começar descrevendo que no início do curso estava um pouco nervoso, já que me encontrava diante de várias barreiras; a primeira era a língua portuguesa, precisava entender e falar corretamente o português e essa é uma questão que não se aprende de um dia para outro. Felizmente percebi que não era tão difícil, mas precisava estudar e praticar reconheço que ainda tenho dificuldades. Outra barreira era ser aceito pela comunidade, onde todas minhas orientações e recomendações fossem cumpridas pelos usuários. Aliás, não sabia como iam reagir meus colegas com minha presença na Unidade Básica de Saúde, felizmente o acolhimento foi maravilhoso, o povo me aceitou e meus colegas me acolheram como mais um brasileiro.

A intervenção me ajudou muito a conhecer o Sistema Único de Saúde do Brasil e no desenvolvimento da prática profissional. Em medicina é necessário estudar todos os dias e foi isso precisamente o que fez que nós ficássemos estudando e conhecendo doenças que em Cuba não são frequentes. O curso me ajudou a priorizar as necessidades da população, me ajudou a ficar perto dos problemas da comunidade e brindar uma resposta precisa.

Definitivamente a intervenção me ensinou a trabalhar em equipe, me ensinou ser mais sensível com os usuários, consegui programar e realizar atividades que nunca tinha feito consegui modificar e mudar conhecimentos inadequados na população. Posso afirmar que ajudei a melhorar a qualidade de vida dos usuários no município Barra do Rio Azul.

Referências

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

BRASIL, Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vol. 2. Cadernos de Atenção Básica, n. 29. Brasília-DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Ministério da Saúde. **SIAB [Internet]**. Brasil: Ministério da Saúde [acesso em 15 janeiro 2015]. Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php?area=01>.

Ministério da Saúde. **SISHIPERDIA – Apresentação [Internet]**. Brasil: Ministério da Saúde [acesso em 10 jan 2015]. Disponível em: <http://hiperdia.datasus.gov.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Decreto nº 7508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 2011.

Apêndices

Apêndice A - Equipe de Saúde da UBS Barra do Rio Azul, Barra do Rio Azul, 2015.



Apêndice B- Visita domiciliar na cidade de Barra do Rio Azul/RS, 2015.



Apêndice C - Saindo para as visitas domiciliar em Barra do Rio Azul, 2015.



Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12
Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

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

Eu, Hector Lafuente Montoya, médico especializando em Saúde da Família (RMS4300678/RS) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

Assinatura do declarante