

**UNASUS – UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UFPEL – UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**Melhoria da Atenção aos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica
e Diabetes Mellitus na UBS Sede, em Alecrim-RS.**

Vinicius Rauber Joner

Pelotas, 2014.

Vinicius Rauber Joner

**Melhoria da Atenção aos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica
e Diabetes Mellitus na UBS Sede, em Alecrim-RS.**

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado à Coordenação do Curso de Especialização em Saúde da Família, da Universidade Federal de Pelotas, como pré-requisito para obtenção do Título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Simone Damásio Ramos

PELOTAS, 2014.

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

J76m Joner, Vinicius Rauber

Melhoria da atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS Sede, em Alecrim-RS / Vinicius Rauber Joner ; Simone Damásio Ramos, orientadora. — Pelotas, 2014.

86 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Doenças crônicas. 4. Hipertensão arterial. 5. Diabetes Mellitus. I. Ramos, Simone Damásio, orient. II. Título.

CDD : 362.14

Dedico este trabalho a minha família,
que sempre me apoiou em minhas
decisões e se esforçou ao máximo
em minha caminhada.

Agradecimentos

Agradeço primeiramente à querida população de Alecrim, que me recebeu de braços abertos para iniciar meus trabalhos, à prefeitura e à secretaria de saúde da cidade, por me confiar o cuidado de seu povo.

Agradeço a minha família, em todos os tempos, por ser minha base de educação e me conduzir até aqui.

Agradeço a minha orientadora, por me dar todo o apoio necessário e solícito durante o curso, resolvendo minhas dúvidas e aprimorando meu trabalho.

Lista de figuras

Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Sede, Alecrim. RS. 2014.....	49
Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Sede, Alecrim. RS. 2014.....	50
Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Sede, Alecrim. RS. 2014.....	51
Figura 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Sede, Alecrim. RS. 2014.....	52
Figura 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Sede, Alecrim. RS. 2014.....	53
Figura 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Sede, Alecrim. RS. 2014.....	54
Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Sede, Alecrim. RS. 2014.....	55
Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Sede, Alecrim. RS. 2014.....	56
Figura 9: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Sede, Alecrim. RS. 2014.....	58
Figura 10: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Sede, Alecrim. RS. 2014.....	59
Figura 11: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Sede, Alecrim. RS. 2014.....	60
Figura 12: Proporção de hipertensos com Proporção de hipertensos com realização da estratificação do risco cardiovascular na UBS Sede, Alecrim. RS. 2014.....	61
Figura 13: Proporção de diabéticos com realização da estratificação do risco cardiovascular na UBS Sede, Alecrim. RS. 2014.....	62
Figura 14: Foto do encontro com grupo de hipertensos e diabéticos.....	81

Lista de Abreviaturas/Siglas

ACS - Agente Comunitário de Saúde
CP - Exame Citopatológico
DM - Diabetes Mellitus
DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF- Estratégia de Saúde da Família
HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT - Hemoglicoteste
HIPERDIA - Grupos de Atenção aos hipertensos e diabéticos
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS - Ministério da Saúde
PIM - Primeira Infância Melhor
PROVAB - Programa de Valorização da Atenção Básica
RS - Rio Grande do Sul
SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica
SISCAN - Sistema de Informação do Câncer
SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SUS - Sistema Único de Saúde
TCC- Trabalho de Conclusão de Curso
UBS - Unidade Básica de Saúde
UFPel- Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	171
1 Análise situacional	12
1.1 Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?	12
1.2 Relatório de Análise Situacional	14
1.3 Comparativo entre "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?" e "Relatório de Análise Situacional"	20
2 Análise Estratégica	21
2.1 Justificativa	21
2.2 Objetivo Geral	23
2.3 Objetivos Específicos	23
2.4 Metas	24
2.5 Metodologia	27
2.5.1 Detalhamento das Ações	27
2.5.2 Indicadores	38
2.5.3 Logística	45
2.5.4 Cronograma	47
3 Relatório da Intervenção	49
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas	49
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas	51
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores	51
3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço	52
4 Avaliação da Intervenção	53
4.1 Resultados	53
4.2 Discussão	71
4.3 Relatório da Intervenção Para a Gestão	73

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade	75
5 Reflexão Crítica sobre o seu processo pessoal de Aprendizagem.....	77
Referências	79
Anexos.....	81
Anexo 1 Ficha Espelho.....	82
Anexo 2 Planilha de Coleta de Dados	82
Anexo 3 Aprovação do Comitê de Ética	84
Apêndices.....	85
Apêndice 1 Foto da Intervenção.....	86

Resumo

Joner, Vinicius Rauber. **Melhoria da atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus na UBS Sede, em Alecrim-RS.** Trabalho de Conclusão Curso – Especialização em Saúde da Família – UnaSUS, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

A cidade de Alecrim, localizada no interior do Rio Grande do Sul (RS), é composta predominantemente por uma população idosa que contém um número importante de hipertensos e diabéticos com controle irregular de seus agravos. Em face disso, o objetivo deste trabalho foi a melhoria na atenção em saúde dos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) da Unidade Básica de Saúde (UBS) Sede, baseando-se nos protocolos do Ministério da Saúde expressos nos Cadernos de Atenção Básica desses agravos, publicados em 2013. A intervenção, chamada de Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes, utilizou como metodologia o detalhamento das ações a serem realizadas, em quatro aspectos (Monitoramento e avaliação, Organização e gestão do serviço, Engajamento público e Qualificação da prática clínica) em relação à cobertura da população, à qualidade da atenção, ao registro, à adesão dos usuários, à avaliação de risco e à promoção de saúde, iniciando no mês de setembro de 2014, com duração de três meses. A cobertura atingida dos hipertensos foi de 235 usuários (20,3% da população) ao passo que os diabéticos tiveram cobertura de 35 usuários (16,3%). No grupo de portadores de HAS registrados no programa, 226 usuários (96,2%) realizaram exame clínico apropriado, 219 (93,2%) tiveram exames complementares em dia, 230 (97,3%) tiveram prescritos medicamentos da farmácia popular, 235 (100%) tiveram avaliação da necessidade de consulta odontológica, 100% tiveram registro adequado, 100% tiveram busca ativa aos faltosos, 99,1% tiveram estratificação de risco cardiovascular e 100% tiveram orientação sobre nutrição, prática de atividades físicas, riscos do tabagismo e saúde bucal. Em relação aos diabéticos, 33 usuários (94,3%) realizaram exame clínico apropriado, 32 (91,4%) tiveram exames complementares em dia, 34 (97,1%) tiveram prescritos medicamentos da farmácia popular, 35 (100%) tiveram avaliação da necessidade de consulta odontológica, 100% tiveram registro adequado, 100% tiveram busca ativa aos faltosos, 97,1% tiveram estratificação de risco cardiovascular e 100% tiveram orientação sobre nutrição, prática de atividades físicas, riscos do tabagismo e saúde bucal. Acredita-se que a meta de cobertura de portadores de DM poderia ter sido menor e a abordagem no acolhimento deveria ter maior atenção, em função dos resultados não alcançados, ainda que por pouca margem percentual. Apesar disso, a intervenção teve significado importante na atenção aos diabéticos e hipertensos, com novos diagnósticos, controle de usuários em acompanhamento irregular e melhorias na UBS. Espera-se manter o programa atual, corrigindo-se os detalhes que faltam e aprimorando o cuidado em saúde da população de Alecrim.

Palavras-chave: Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus; Atenção Primária a Saúde; Saúde da Família; Doenças Crônicas.

Apresentação

O objetivo geral deste trabalho foi a melhoria no cuidado em saúde com a população de hipertensos e diabéticos da UBS Sede, de Alecrim-RS

Na primeira parte, a análise situacional será relatada, abordando primeiramente aspectos do município, seguindo para as observações quanto à UBS, seu funcionamento e sua relação com a comunidade.

A análise estratégica é abordada na segunda seção, descrevendo os objetivos, as metas, a metodologia, as ações propostas para a intervenção, os indicadores, a logística e o cronograma geral.

Na terceira seção, será delineado o relatório da intervenção, relacionando as ações do projeto quanto a sua realização, os enfrentamentos encontrados durante a prática do programa e a avaliação da disponibilidade de incorporar as mudanças à rotina da UBS.

A quarta parte descreverá a avaliação da intervenção, com a análise e a discussão dos resultados, aliados aos relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade.

A seção cinco apresentará uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

Na sexta e última parte, será disposta a bibliografia utilizada no trabalho seguida dos anexos e apêndices que auxiliaram no desenvolvimento da intervenção

1 Análise situacional

1.1 Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?

Estou trabalhando como médico, em uma UBS numa cidade de 7000 habitantes (IBGE, 2010) aproximadamente, sendo ela a UBS centralizada (há apenas essa na cidade há poucos anos, antes eram em 3 locais diferentes), há 1 mês, e logo no primeiro dia fui apresentado para todos os funcionários e visitei os diversos setores estruturais que a compõem. Inicialmente, tem-se uma entrada em que se depara diretamente com bancos de espera e uma bancada com as recepcionistas, que organizam as consultas médicas do dia. Existem 3 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), e, portanto, também 3 enfermeiras para cada equipe, cada uma com sua sala dentro do corredor ao lado da recepção. Esse corredor também leva às salas dos médicos, às salas de espera para consultas e à sala de procedimentos e acolhimento.

Seguindo no prédio ao lado, encontra-se estrutura semelhante para a área de saúde bucal, também com recepção própria e salas para cada cirurgião dentista. Existe ainda um segundo andar onde encontra-se a parte administrativa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), onde ficam as salas dos gestores de saúde, do almoxarifado, da farmácia interna, do centro de encaminhamentos, da sala para reuniões, da cozinha, do setor responsável ao combate à dengue, entre outros. Esse segundo andar tem acesso direto com o hospital da cidade, que é vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O processo de trabalho até o momento me parece funcionar de forma bastante organizada, visto que o município investiu bastante em atenção básica e em qualificação dos profissionais que ali trabalham. Em relação às consultas médicas, cada médico tem uma agenda própria com possibilidade de 20 a 30% de consultas agendadas por turno, sendo o restante das consultas por ordem de chegada da população à UBS. Os prontuários são organizados por famílias, assim facilitando e agilizando o processo inicial dos turnos para as funcionárias da recepção, sem haver prontuários provisórios ou algo do tipo. Faz-se o acolhimento dos usuários, então, pela equipe de enfermagem e logo após são encaminhados às consultas.

Existem ainda os programas relacionados a saúde da mulher, pré-natal, grupos de hipertensos e diabéticos e programas de combate ao tabagismo, ao qual já participei essa semana com consultas individuais com os participantes. Cada programa é coordenado por uma das enfermeiras, funcionando aparentemente de forma efetiva e abrangente à população.

No tocante ao contato com a comunidade, percebe-se um feedback bastante positivo desta, sendo ele muito em função do alcance à 100% das famílias da região destinada ao município, pelos 17 Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Tenho fortalecido minha experiência em ESF e também pessoalmente ao fazer as visitas domiciliares no horário previamente destinado a elas, uma vez por semana, que em grande parte são ofertadas a moradores de regiões bastante interioranas e de difícil acesso, lembrando que a cidade em que estou trabalhando é predominantemente rural e também fronteira com a Argentina.

Finalizando, após um mês praticamente de trabalho na cidade de Alecrim, estou tendo uma ótima impressão da atenção básica na cidade. Noto que com a minha chegada existiu uma melhora da demanda reprimida que ali havia, assim facilitando ainda mais o trabalho na UBS. Estamos para receber mais um colega do Mais Médicos, onde então seremos entre 5 médicos na UBS, 3 em ESF. Acredito que a tendência é conseguir desenvolver muito bem o trabalho proposto para este ano.

1.2 Relatório de Análise Situacional

O município de Alecrim, localizado no noroeste do estado do RS, é composto por uma população de 7045 habitantes, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), com predominância de faixa etária idosa e de trabalhadores rurais. Apresenta uma UBS centralizada, a UBS Sede, com ESF que disponibiliza atendimento a todos os usuários da área adscrita. De forma conjunta, a unidade tem acesso a serviços de encaminhamento para especialidades, para atendimentos hospitalares tanto na cidade como no estado, em como a exames complementares, laboratoriais e de imagem.

A UBS encontra-se em zona urbana, embora atenda em grande parte a zona rural do município, e é vinculada ao SUS, através da SMS da cidade, a qual dá o nome à unidade. Apresenta majoritariamente atenção com ESF, ainda que funcione como unidade mista em função de atendimentos médicos de apoio, de unidade básica tradicional. A cidade é dividida em três áreas, controladas por três equipes, que são compostas cada uma por um médico, uma enfermeira, uma técnica em enfermagem, uma cirurgiã dentista, uma técnica de saúde bucal e em torno de cinco a sete ACS por equipe. Há apoio também de duas psicólogas, uma assistente social e uma fisioterapeuta. O médico do Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) atende preferencialmente a sua área correspondente, chamada de Esquina Santa Inês, mesmo nome dado a sua equipe.

Em relação às estruturas, há uma extensa área de acesso com chão formado por pedras pequenas, o que dificulta o acesso da população idosa e/ou com necessidades especiais, embora haja uma rampa alternativa que evita em grande parte esse problema. A entrada tem piso adequado, bancos para espera e balcão para o primeiro atendimento, todos estruturalmente satisfatórios. Há salas de espera nos consultórios, e ambulatórios e sala de acolhimento permitindo conforto e fácil acesso aos usuários, apesar da falta parcial de corrimãos e sanitários adaptados na UBS. Existe área de saúde bucal, com recepção própria e salas para cada cirurgiã dentista, e sala de vacinas vinculada a esta. Há ainda um segundo andar onde encontra-se a parte administrativa da SMS.

As salas têm insumos e equipamentos de utilidade diária, frequentemente revisados e organizados. O ambulatório é amplo, com adequada quantidade de instrumentação e materiais, apesar da ausência de sala de nebulização e equipamentos para pequenos procedimentos. Há falta de algumas medicações, que é contrabalanceada pela presença em boa quantidade de outras, de grande importância, como as medicações controladas.

Cada dentista possui seu consultório individual, com equipamentos completos e técnicos em saúde bucal, em espaço diferenciado no prédio da UBS, onde também funciona a sala de vacinas, em perfeito estado estrutural e de insumos. Há falta de testes diagnósticos e também de material bibliográfico, atualmente. Por outro lado, há presença de computadores para os médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e recepção com acesso à internet, servindo como ferramenta auxiliar importante. A conversa com os colegas de equipe, de UBS e com o gestor da SMS da cidade para reflexão à respeito da estrutura e dos materiais com carência existe e é ponto crucial para a melhoria dos problemas encontrados nesse âmbito.

Ocorre o mapeamento do território da UBS de forma organizada, realizado pela equipe de enfermagem e principalmente pelos ACS, com 100% de abrangência das famílias da área territorial. O cuidado em saúde é feito nas visitas domiciliares em um turno semanal e no espaço da UBS diariamente, com a existência do hospital municipal para os atendimentos de pronto-atendimento. Procedimentos são realizados nesses espaços por médicos, enfermeiros, odontólogos e técnicos de enfermagem.

A busca ativa se faz pelos profissionais envolvidos em cada grupo e os usuários são cadastrados por prontuários de família, facilitando o acesso à informação. Também existe um setor específico para casos de dengue, onde se realizam buscas e notificações. Os grupos de promoção da saúde acontecem em boa quantidade e funcionam de forma satisfatória. Dentre eles, é ausente a abordagem à saúde do homem. Há capacitação dos profissionais eventualmente e as reuniões de equipe são realizadas na última sexta-feira do mês, embora não haja frequência por parte de alguns profissionais.

Os protocolos de referência para encaminhamento funcionam adequadamente e existem associações de igreja e outras relações intersetoriais que auxiliam no

planejamento de saúde. A discussão com a equipe facilita a resolução dos problemas encontrados, como o aumento da participação de todos nas reuniões de equipe e o estímulo às capacitações destinadas à educação de saúde médica.

A escuta às necessidades da população é eficaz, desde a recepção à equipe de enfermagem, médicos e cirurgiões dentistas. A demanda espontânea reprimida para consulta clínica teve nítida melhora em seu atendimento, pelo aumento do número de médicos na UBS em 2014, cerca de 30% das consultas por turno são agendadas, sendo o restante por demanda espontânea. Situações de urgência são acolhidas quando possível em virtude da estrutura, sendo que a maioria, por costume da população, se encaminha para o hospital da cidade. O acolhimento é feito de forma coletiva, e funciona adequadamente, com os usuários atendidos pela equipe de enfermagem, e, após triagem, encaminhados à consulta médica. A demanda de problemas agudos é pequena, representada principalmente por crises de dor ou lesões associadas ao trabalho. A manutenção das orientações em saúde deve ser estimulada para minimizar os poucos problemas encontrados no aspecto da demanda espontânea.

A promoção à saúde da criança é feita pela puericultura, e com os programas do Sistema de Vigilância Nutricional (SISVAN), Saúde de Ferro, e Primeira Infância Melhor (PIM). A vacinação é bem orientada e realizada de forma programática e os programas funcionam de forma satisfatória apesar da puericultura enfrentar o problema de falta de uso de protocolo e registro específico, funcionando por demanda espontânea na prática. Há boa adesão e abrangência na cobertura das crianças, com estimadas 51 crianças menores de um ano de idade, com qualidade no atendimento, embora sem registro específico. A introdução de protocolo e o incentivo à participação de todos os membros da equipe nas atividades de educação em saúde diminuiriam as carências atuais.

No caso das gestantes, segue-se o protocolo do Ministério da Saúde (MS), com consultas periódicas das 29 gestantes, com cobertura de 100% em relação ao pré-natal. Estas fazem os exames necessários corretamente, têm as vacinas em dia e a orientação e instituição da suplementação do sulfato ferroso, além de receberem aconselhamento sobre saúde bucal e aleitamento materno exclusivo. Os indicadores estão muito bons, com grande parcela em ótima atenção. Ocorre uma falha importante

nas consultas puerperais no que se refere ao exame das mamas, ginecológico e de abdome, que não abrange todas as usuárias. A orientação para quem trabalha diretamente com a atenção à gestante/puérpera no sentido do estímulo à realização dos exames insuficientes nas consultas é o aspecto principal a ser trabalhado, melhorando a prevenção de eventuais problemas relacionados a estes sistemas, ainda que os problemas agudos nesta população não sejam uma demanda preocupante.

Sobre a prevenção do câncer de colo de útero, toda mulher que procura a UBS e que é visitada pelos ACS, com busca ativa diária, é orientada pelos profissionais sobre os fatores de risco e à realização da coleta do exame citopatológico (CP), quando dentro das necessidades do MS, sendo a última feita pela enfermeira responsável do setor. Não existe protocolo específico para as coletas e as mulheres são informadas da sua importância de realização anual.

Mulheres que se encontram fora da faixa etária e que desejam fazer a coleta conseguem realizá-la por não haver demanda reprimida nesse sentido, nem mesmo falta de insumos para tanto. Hoje não há mulheres com o exame alterado. Nos últimos três anos houve cinco casos, com três destes encaminhados para as áreas especializadas da região, sem perda de seguimento. As orientações sobre Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e fatores de risco são enfatizadas em todas as coletas pela enfermeira, pelos ACS nas visitas e buscas ativas, e pelos médicos clínicos nas consultas. Estima-se pelo Caderno de Ações Programáticas que aproximadamente 90% da população tem seu exame realizado e destas, 52% em dia, número este que abrange também uma população fora da faixa de idade preconizada, uma vez que a comunidade é composta de um número importante de mulheres idosas.

À respeito do controle do câncer de mama, segue-se as indicações do MS para rastreamento. A avaliação de risco e orientação sobre a prevenção foi calculada em 83%, demonstrando boa qualidade na cobertura da população. Estimou-se em sete por cento o número de mulheres com atraso no rastreio. As orientações e solicitações de mamografia são feitas pela enfermeira para a faixa etária designada. Os aconselhamentos são dados também pelos ACS e pelos médicos clínicos. Estes últimos ainda recebem os casos encaminhados que necessitam avaliação diagnóstica e seguimento adequado.

A implementação do Sistema de Informação do Câncer (SISCAN) vem combater as dificuldades encontradas em relação à Saúde da Mulher. Os dados deste sistema serão posteriormente disponíveis e facilitarão a correção dos erros de informação e de seguimento no tocante à realização periódica dos exames. A orientação e busca ativa são excelentes, associadas também a atividades de promoção à saúde na comunidade. A ideia nesse sentido é manter tais ações e promovê-las ainda mais.

Quanto à atenção às doenças crônicas, baseando-se no Sistema de Informação à Atenção Básica (SIAB) do ano de 2013 e nos formulários próprios da enfermeira responsável pelas ações em saúde para diabéticos e hipertensos, nota-se que as equipes de saúde da família têm feito menos diagnósticos dessas doenças, uma vez que em uma população com faixa etária em grande parte idosa, espera-se encontrar mais desses agravos, principalmente no caso dos diabéticos, com 50% do estimado pelo Caderno de Ações Programáticas. Quando o diagnóstico já existe, há cobertura, apesar do registro irregular, pois os usuários frequentam os grupos de atenção ao hipertensos e ao diabéticos (HIPERDIA) de forma assídua, e palestras e orientações são realizadas para essa população regularmente.

Não se percebe atraso significativo nos agendamentos de consulta e todo usuário identificado com fator de risco novo ou importante é encaminhado aos clínicos. A falta de protocolo de atendimento nas consultas clínicas é a maior adversidade já que não se avalia habitualmente a estratificação de risco cardiovascular para hipertensos e diabéticos nem o exame físico direcionado e regular para os portadores de diabetes. Em virtude disso, os exames periódicos são realizados em função da demanda, em detrimento às diretrizes e manuais do MS. Por outro lado, a parte de orientação dietética e de atividade física é bastante reforçada nos grupos, e a saúde bucal tem boa abrangência nesse grupo de usuários.

Enfatiza-se a importante necessidade de aplicação de protocolos com anamnese e exame físico bem detalhados dos usuários, imprescindíveis para o aumento no número de diagnósticos corretos dessas doenças crônicas. A mudança da cultura desta população que se estabelece na medicina curativa em boa parte não é fácil, mas a iniciativa deve ser tomada pelos médicos tanto nas consultas quanto nas ações que já vêm sendo realizadas pelos outros profissionais de saúde da UBS,

auxiliando no fortalecimento destas.

Na Saúde da Pessoa Idosa, existe o Programa de Atenção à Terceira Idade implementado no município e coordenado pela agente social da UBS, com a abordagem dos agravos dos usuários e orientações sobre Saúde do Idoso, de maneira geral, sem avaliação de risco seguindo critérios específicos. O número de idosos na população corresponde a quase 25% da população e a cobertura desta é grande, tendo uma porcentagem relevante de usuários em acompanhamento regular, tanto nas consultas quanto nos grupos do Programa. Não existe demanda reprimida e há facilidade para atendimento caso haja necessidade aguda. A dificuldade encontrada é a ausência de parâmetros de avaliação de risco. Não se utiliza a Caderneta da Pessoa Idosa, e também não é realizada a Avaliação Multidimensional Rápida.

Os aconselhamentos em relação ao estilo de vida, estimulando hábitos alimentares saudáveis e prática de atividade física regular, são realizados para todos os usuários que participam dos grupos, que acontecem em média de três encontros mensais, e nas consultas clínicas. Nota-se, ainda, a inexistência de investigação de risco para morbimortalidades e de indicadores de fragilização na velhice no grupo de idosos da comunidade. A avaliação bucal destes é orientada e realizada conforme necessidade e tem boa cobertura, apesar de acontecer em grande parte por livre demanda. Tendo em vista a predominância desta faixa etária na população de Alecrim, há necessidade de novas abordagens de saúde para os usuários e a introdução do uso da Caderneta da Pessoa Idosa seria um importante passo para melhoria dos problemas encontrados. Os indicadores apresentados no Caderno de Ações Programáticas forçam a reflexão sobre as carências e estimulam a melhoria dos registros e, conseqüentemente, da saúde do idoso.

A cultura de saúde curativa é bastante presente em Alecrim e é o desafio maior a ser combatido com o reforço da atenção primária propriamente dita, utilizando-se da prevenção e controle em saúde pública. O bom diálogo com os gestores e a presença de boa vontade, estrutura adequada e profissionais qualificados existentes no setor de saúde do município favorecem este enfrentamento. É essencial o estímulo à utilização dos Cadernos de Atenção Básica e dos protocolos preconizados pelo MS, abordados nos questionários e no Caderno de Ações Programáticas, os quais chamaram atenção

às carências em saúde da população, levantando pontos essenciais com o enfoque nos indicadores de saúde especificamente quanto à estratificação de fatores de risco e exame físico direcionado.

1.3 Comparativo entre "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?" e "Relatório de Análise Situacional"

Comparando o primeiro com o segundo texto, existe uma clara diferença. O primeiro texto foi escrito livre e predominantemente coloquial, através de minhas impressões até então adquiridas no convívio do trabalho, bem como do meu conhecimento acerca de ESF. Desde então, a cada semana, fui detalhadamente descobrindo como funciona uma unidade com ESF, de forma sistemática, interpretando assim melhor o ambiente e a forma de trabalho de Alecrim, levantando questionamentos e problemas existentes na UBS.

Por ser bastante minucioso, aconteceu uma reflexão intensa sobre o real e o ideal de trabalho e as melhorias a serem buscadas. Esta reflexão traduziu-se no texto de análise situacional, que expus seguindo os ótimos aconselhamentos de minha orientadora e dos roteiros, questionários, Caderno de Ações Programáticas e questões reflexivas disponibilizados durante toda a unidade um, de forma organizada e formal. Estou bastante satisfeito com o estudo feito até agora.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

Devido ao avanço da qualidade de saúde e da expectativa de vida da população brasileira, entende-se como essencial a atenção aos agravos de caráter crônico, com maior importância de prevalência o DM e a HAS. Os Cadernos de Atenção Básica do MS são instrumentos atualizados periodicamente que orientam os profissionais de saúde a implementar ações e intervenções nas UBS, fornecendo protocolos de abordagem aos usuários, sendo uma referência para os profissionais envolvidos neste sentido e levando à reflexão quanto às melhorias para a população de diabéticos e hipertensos (BRASIL, 2013).

A população de Alecrim possui 7045 habitantes (IBGE, 2010), com percentual significativo de idosos, a qual, por consequência, é atingida por importante incidência de doenças crônicas. A única UBS do município é composta por ACS, assistente social, recepcionistas, técnicas de enfermagem, enfermeiras, médicos, técnicos de saúde bucal, cirurgiões dentistas e psicólogas, divididos em três equipes de saúde, embora o atendimento aos usuários não siga, na prática, conforme essa organização, abrangendo toda a população de usuários da UBS de forma mista.

Segundo o SIAB de 2013, existem 1157 hipertensos e 213 diabéticos atendidos na Unidade (78% e 48% do total de portadores de HAS e DM, respectivamente, segundo estimativa do Caderno de Ações Programáticas). Embora com essa estimativa, a cobertura é desconsiderável em função da ausência de registro específico e carência na qualidade do atendimento destes, uma vez que a UBS não segue de forma rígida os protocolos do MS em relação às doenças crônicas. Há grupos de acompanhamento de diabéticos e hipertensos e palestras eventuais com a comunidade, que fornecem orientações sobre mudança de estilo de vida, prevenção e controle a estes agravos.

Em função destas dificuldades, fazem-se poucos diagnósticos de DM e HAS comparado ao esperado para os usuários com fatores de riscos para esses agravos. Uma ação incisiva em relação a essa população é primordial e atingirá os todos os usuários diabéticos, hipertensos e com fatores de risco da UBS, iniciando uma cobertura real desse grupo populacional, aumentando o número de diagnósticos e

melhorando a qualidade do controle dessas doenças. Há bastante interesse de envolvimento da equipe, sendo esse aspecto essencial ao bom andamento da intervenção, auxiliando no combate aos problemas de cultura curativa da população e na reeducação desta quanto à prevenção dos agravos e cuidados dos usuários já acometidos. O objetivo é a execução da ação em longo prazo, para que se tenham resultados significativos.

2.2 Objetivo Geral

Qualificar o atendimento no programa de atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos da UBS Sede, no município de Alecrim, RS.

2.3 Objetivos Específicos

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

2.4 Metas

Metas com o objetivo de melhorar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1: Recadastrar 20% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 2: Recadastrar 20% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Metas com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 6: Garantir a 100% diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Metas com o objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Metas com o objetivo de melhorar o registro das informações.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Metas com o objetivo de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Metas com o objetivo de promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

2.5 Metodologia

2.5.1 Detalhamento das Ações

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

Meta 1: Recadastrar 20% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Meta 2: Recadastrar 20% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Monitoramento e avaliação:

Para recadastrar 20% dos hipertensos e diabéticos da área que a equipe de saúde Esquina Santa Inês abrange no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde, as informações serão mensalmente monitoradas e revisadas pela enfermeira da equipe, reforçadas com as informações do médico, na planilha de dados do curso e no SIAB

Organização e gestão do serviço:

O acolhimento e os registros serão melhorados, visando à abordagem dos protocolos do MS, com agendamento de reuniões de equipe para capacitação da equipe e discussão sobre a carência de insumos como fita métrica, esfigmomanômetro e aparelho de glicemia.

Engajamento público:

A informação à respeito do Programa de Atenção à HAS e à DM será dada através dos grupos de HIPERDIA já existentes pela enfermeira, impressos à todos os usuários com fatores de risco no acolhimento e reuniões na comunidade organizadas pela a equipe.

Qualificação da prática clínica:

Os ACS serão capacitados a cadastrarem todos hipertensos e diabéticos, e a equipe será orientada ao seguimento dos protocolos no exame físico inicial de usuários com fatores de risco para DM e HAS, pelo médico.

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

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação:

A análise de todos usuários cadastrados será feita pela enfermeira e pelo médico a partir da planilha de dados do curso e dos prontuários clínicos

Organização e gestão do serviço:

A equipe será orientada para que no acolhimento se realize aferições de pressão arterial e hemoglicoteste aos usuários indicados pelos protocolos do MS, o qual o médico irá solicitar a impressão para todos terem acesso.

Engajamento público:

Serão realizadas palestras mensais na comunidade pelo médico e enfermeira, em locais de maior frequência de usuários com fatores de risco, para orientação a respeito da importância do exame físico apropriado para diagnóstico e controle dos agravos. Os grupos e consultas clínicas também servirão para este fim.

Qualificação da prática clínica:

O médico auxiliará na qualificação dos técnicos de enfermagem, juntamente com a enfermeira. Será solicitada a capacitação de toda equipe com profissionais especialistas, junto à gestão.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 6: Garantir a 100% diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Monitoramento e avaliação:

A análise de todos usuários cadastrados será feita pela enfermeira e pelo médico a partir da planilha de dados do curso e dos prontuários clínicos, baseando-se nos protocolos do Ministério da Saúde (MS)

Organização e gestão do serviço:

Todos os usuários cadastrados no programa terão seus exames garantidos em tempo hábil, através da discussão com a gestão, se necessário, pelo médico.

Engajamento público:

Serão realizadas palestras mensais na comunidade pelo médico e enfermeira, em locais de maior frequência de usuários com fatores de risco, para orientação a respeito da importância da realização de exame complementares, além de divulgação nas rádios e nas visitas domiciliares feitas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)

Qualificação da prática clínica:

O médico ficará encarregado de capacitar a equipe de saúde nas reuniões de equipe. Serão solicitadas capacitações à gestão que abordem os exames complementares, para toda equipe de saúde da UBS, a fim de engajar estes com os protocolos.

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Monitoramento e avaliação:

A enfermeira da equipe irá monitorar o acesso dos usuários às medicações disponíveis pela Farmácia Popular no município.

Organização e gestão do serviço:

As farmacêuticas da UBS estarão encarregadas do controle de estoque das medicações, através de registro na farmácia, juntamente com a avaliação diária pela enfermeira e pelo médico, nos acolhimentos e consultas.

Engajamento público:

As orientações sobre as medicações serão feitas nas consultas pelo médico, nos grupos de HIPERDIA pela enfermeira, na retirada das medicações pelas farmacêuticas, nas visitas domiciliares pelos ACS e nas palestras que ocorrerem abordando os temas do programa, por todos.

Qualificação da prática clínica:

A capacitação se dará através de discussão nas reuniões de equipe, pelo médico, bem como diariamente, quando demanda de informação. Havendo necessidade, a gestão será abordada para capacitações fora do âmbito da UBS.

Meta 9: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos

Meta 10: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação:

A análise e monitoramento de todos usuários cadastrados será feita pela enfermeira e pelo médico a partir da planilha de dados do curso e dos prontuários clínicos, baseando-se nos protocolos do MS.

Organização e gestão do serviço:

Os usuários avaliados com mais de um ano sem avaliação odontológica serão encaminhados pela enfermeira e pelo médico para agendamento de consulta com a cirurgiã dentista da equipe.

Engajamento público:

Serão realizadas palestras mensais na comunidade pelo médico e enfermeira, em locais de maior frequência de usuários com fatores de risco, para orientação a respeito da importância do cuidado com a saúde bucal, entre outros temas do cuidado em saúde.

Qualificação da prática clínica:

O médico ficará encarregado de capacitar a equipe de saúde nas reuniões de equipe. Serão solicitadas capacitações à gestão que abordem a saúde bucal e sua necessidade de atenção periódica.

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

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada.

Monitoramento e avaliação:

O monitoramento dos faltosos será feito pela enfermeira e pelo médico, através dos registros do programa, juntamente com os ACS, nas visitas domiciliares.

Organização e gestão do serviço:

As visitas domiciliares realizadas pelos ACS terão como foco os usuários faltosos e o agendamento de consulta para estes será realizado, se necessário, de forma prioritária.

Engajamento público:

A periodicidade e a frequência das consultas serão enfatizadas nas consultas pelo médico, nos grupos de HIPERDIA pela enfermeira, nas visitas domiciliares pelos ACS e nas palestras que ocorrerem abordando os temas do programa, por todos.

Qualificação da prática clínica:

A capacitação abrangendo os protocolos do programa será priorizada nas reuniões de equipe pelo médico e pela enfermeira aos ACS e demonstrará a importância da frequência periódica nas consultas.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Monitoramento e avaliação:

A avaliação dos registros nas fichas de acompanhamento do programa será feita pela enfermeira, com auxílio do médico.

Organização e gestão do serviço:

As informações serão registradas, pela enfermeira, no SIAB e nas fichas de acompanhamento específicas do programa, que serão implantadas. A relevância dos registros será pauta das reuniões de equipe.

Engajamento público:

Os usuários serão informados nas consultas clínicas pelo médico e nas visitas domiciliares pelos ACS quanto aos seus direitos de registros de informações clínicas, bem como do acesso a estes, se necessário.

Qualificação da prática clínica:

A equipe será capacitada nas reuniões, pelo médico e pela enfermeira, ao registro completo e adequado das informações dos usuários cadastrados no programa.

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

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na UBS.

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS.

Monitoramento e avaliação:

O controle dos usuários que realizaram a estratificação de risco cardiovascular será feito pela enfermeira, com auxílio do médico, nas revisões das planilhas específicas do programa

Organização e gestão do serviço:

A estratificação será feita pelo médico através de consultas agendadas, com prioridade aos usuários de alto risco, apoiado pelo escore de Framingham e pelos protocolos do MS

Engajamento público:

Os usuários serão informados nas consultas clínicas pelo médico, nos acolhimentos pela equipe de enfermagem e nas visitas domiciliares pelos ACS quanto a importância da presença nas consultas agendadas e de seus fatores de risco, somados às palestras e informativos na rádio da cidade.

Qualificação da prática clínica:

A equipe será capacitada nas reuniões, pelo médico, no tocante à utilização do escore de Framingham e à avaliação das lesões em órgãos-alvo, sempre apoiado pelos protocolos do MS. Serão estimuladas também as capacitações com profissionais especialistas e abordagens multidisciplinares.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Monitoramento e avaliação:

O monitoramento e a avaliação quanto a mudança de estilo de vida com a orientação à alimentação saudável serão feitos por toda equipe.

Organização e gestão do serviço:

Será solicitado à gestão a participação de outros profissionais como nutricionistas e educadores físicos, para as atividades coletivas a serem implementadas na comunidade.

Engajamento público:

A abordagem das ações em promoção de saúde será feita diariamente nas consultas, acolhimentos e visitas domiciliares, por toda a equipe, nos grupos de HIPERDIA pela enfermeira, nas rádios e nas palestras pelo médico e pela enfermeira, com orientação aos hipertensos, aos diabéticos e a seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Serão buscadas parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Qualificação da prática clínica:

A capacitação da equipe será reforçada pelo médico nas reuniões e por palestras de outros profissionais que serão solicitadas à gestão, referentes a promoção de saúde pela dieta saudável.

Meta 19: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 20: Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação:

O monitoramento e a avaliação quanto a mudança de estilo de vida com a orientação à prática de atividade física serão feitos por toda equipe.

Organização e gestão do serviço:

Será solicitado à gestão a participação de outros profissionais como nutricionistas e educadores físicos, para as atividades coletivas a serem implementadas na comunidade.

Engajamento público:

A abordagem das ações em promoção de saúde será feita diariamente nas consultas, acolhimentos e visitas domiciliares, por toda a equipe, nos grupos de HIPERDIA pela enfermeira, nas rádios e nas palestras pelo médico e pela enfermeira, com orientação aos hipertensos, aos diabéticos e a seus familiares sobre a importância da atividade física regular. Serão buscadas parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Qualificação da prática clínica:

A capacitação da equipe será reforçada pelo médico nas reuniões e por palestras de outros profissionais que serão solicitadas à gestão, referentes à promoção de saúde pela atividade física regular.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação:

O monitoramento e a avaliação quanto aos malefícios do tabaco, serão feitos por toda equipe.

Organização e gestão do serviço:

As capacitações realizadas pelo médico abordarão a necessidade de atenção ao tabagista, com reforço na iniciação de grupos para cessação do tabagismo. Será solicitada ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Engajamento público:

A abordagem das ações em promoção de saúde será feita diariamente nas consultas, acolhimentos e visitas domiciliares, por toda a equipe, nos grupos de HIPERDIA pela enfermeira, nas rádios e nas palestras pelo médico e pela enfermeira, com orientação aos hipertensos, aos diabéticos e a seus familiares sobre a importância da cessação do tabagismo. Serão buscadas parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Qualificação da prática clínica:

A capacitação da equipe será reforçada pelo médico nas reuniões e por palestras de outros profissionais que serão solicitadas à gestão, referentes à promoção de saúde no tocante à cessação ao tabagismo.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos.

Monitoramento e avaliação:

O monitoramento e a avaliação da higiene bucal será realizada por toda a equipe, com ênfase nas consultas pelo médico e nas consultas odontológicas, pela cirurgiã dentista.

Organização e gestão do serviço:

As capacitações realizadas pelo médico serão reforçadas pelas informações da cirurgiã dentista da equipe e abordarão a necessidade de atenção à saúde bucal, com adequado treinamento da equipe para promoção e periodicidade do cuidado odontológico nos hipertensos e diabéticos.

Engajamento público:

A abordagem das ações em promoção de saúde será feita diariamente nas consultas médicas e odontológicas, acolhimentos e visitas domiciliares, por toda a equipe, nos grupos de HIPERDIA pela enfermeira, nas rádios e nas palestras pelo médico e pela enfermeira, com orientação aos hipertensos, aos diabéticos e a seus familiares sobre a importância do cuidado com a saúde bucal. Serão buscadas parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

Qualificação da prática clínica:

A capacitação da equipe será reforçada pelo médico nas reuniões, por palestras da cirurgiã dentista e de outros profissionais que serão solicitadas à gestão, referentes à promoção de saúde no tocante à saúde bucal.

2.5.2 Indicadores

Para recadastrar 20% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS.

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

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

Para recadastrar 20% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS.

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

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

Para realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 3: 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 no Programa

Para realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 4: 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 no Programa

Para garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 5: 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 no Programa

Para garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 6: 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 no Programa

Para priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados no Programa.

Para priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na UBS, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados no Programa

Para realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados no Programa

Para realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados no Programa

Para buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada será calculado o seguinte indicador:

Indicador 11: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

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

Denominador: Número total de hipertensos faltosos cadastrados no Programa

Para buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 12: Proporção diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa

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

Denominador: Número total de diabéticos faltosos cadastrados no Programa

Para manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na UBS, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Numerador: Número total de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados no Programa

Para manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na UBS, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Numerador: Número total de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados no Programa

Para realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na UBS, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: Número total de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados no Programa

Para realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na UBS, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

Numerador: Número total de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados no Programa

Para garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Numerador: Número total de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados no Programa

Para garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Numerador: Número total de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados no Programa

Para garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física

Numerador: Número total de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados no Programa

Para garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários diabéticos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física

Numerador: Número total de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados no Programa

Para garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 21: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo

Numerador: Número total de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados no Programa

Para garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários diabéticos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 22: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo

Numerador: Número total de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados no Programa

Para garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 23: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número total de hipertensos com orientação sobre higiene bucal

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados no Programa

Para garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários diabéticos, será calculado o seguinte indicador:

Indicador 24: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal

Numerador: Número total de diabéticos com orientação sobre higiene bucal

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados no Programa.

2.5.3 Logística

A intervenção será feita com o apoio dos Cadernos de Atenção Básica referentes à HAS e à DM, do MS, do ano de 2013. Será utilizada uma ficha específica (ficha-espelho), que deverá ser providenciada pelo médico para registro das informações do usuário, das medicações em uso, do escore de Framingham, além das consultas periódicas de acordo com suas necessidades e risco cardiovascular. Será solicitada pelo médico a confecção de 100 fichas-espelho para a gestão, baseando-se no número de hipertensos e diabéticos frequentes na UBS. Deverá ser elaborada e

utilizada também uma planilha de dados para acompanhamento semanal da intervenção.

O registro específico será realizado através da revisão dos dados dos últimos dois meses, referentes aos registros atuais dos participantes dos grupos de diabéticos e hipertensos da UBS. As informações serão atualizadas e revisadas durante as consultas, com os grupos e semanalmente pela enfermeira da equipe, reforçadas com as informações do médico, por meio das consultas clínicas, na ficha-espelho específica do programa e no livro ata de consultas.

As reuniões para capacitação da equipe, organizadas pelo médico, serão realizadas em 2 horas semanais dentro de um turno de atividade na UBS com os membros da equipe e profissionais da SMS de Alecrim, quando possível, e abordarão os Cadernos de Atenção Básica, contemplando ações para melhoria do acolhimento, busca ativa e cadastro dos usuários.

Haverá a discussão sobre a carência de insumos, a aquisição de medicações da Farmácia Popular pelos usuários, os fatores de risco de hipertensos e diabéticos, a realização de aferições de pressão arterial e hemoglicoteste nestes usuários no acolhimento pelos técnicos de enfermagem, bem como dos já cadastrados e participantes dos grupos - além da instrução sobre a busca ativa de usuários faltosos e com consultas atrasadas, para os ACS. Os Cadernos serão impressos e disponibilizados a todos os membros da equipe e da UBS, mediante solicitação à gestão e a capacitação com profissionais especializados será avaliada e promovida, se possível e necessário.

Os grupos de HAS e DM serão realizados pela enfermeira em grupos de 10 a 15 usuários, a cada dois meses, iniciando no mês de setembro de 2014, e abordarão assuntos pertinentes como a importância da mudança de estilo de vida, a realização de exames complementares, a disponibilidade de medicações na SMS, a orientação a respeito dos fatores de risco, diagnóstico e controle dos agravos, a periodicidade e a frequência das consultas, a presença nas consultas agendadas e da manutenção de seus registros na UBS.

Ainda, serão realizadas palestras mensais na comunidade pelo médico e/ou pela enfermeira, em locais de maior frequência de usuários com fatores de risco

abrangendo estes aspectos. Será feita a solicitação à gestão para iniciativa de palestras com nutricionistas e educadores físicos, além da utilização da rádio da cidade para fins informativos.

Os usuários terão consultas agendadas com o médico pela enfermeira e técnicos de enfermagem, durante os grupos de HAS e DM e livre demanda e pelos ACS, nas buscas ativas conforme demanda, com prioridade aos usuários com maiores riscos, descompensados clínica e/ou laboratorialmente, faltosos, atrasados em suas consultas periódicas, sem tratamento ou refratários ao tratamento atual medicamentoso.

As consultas acontecerão em dois turnos semanais, com duração de 30 minutos por consulta e contemplarão as necessidades individuais de cada usuário, a realização de exame físico apropriado, a estratificação de risco cardiovascular, a solicitação de exames laboratoriais, a abordagem do tratamento atual e o estímulo à adesão. Os usuários com intercorrências agudas serão acolhidos pelos técnicos de enfermagem e encaminhados ao médico para consulta de pronto atendimento, sem necessidade de agendamento. Todo usuário com mais de um ano de atraso em consulta de saúde bucal será encaminhado para agendamento desta, após a consulta clínica.

2.5.4 Cronograma

3 Relatório da Intervenção

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

O cadastro dos usuários foi realizado de forma satisfatória pela enfermeira e pelo médico com a utilização, para fins de registro, das fichas espelho, da planilha de dados e do livro ata, semanalmente e durante os grupos de HIPERDIA. O acolhimento foi realizado e melhorado durante a intervenção. Os insumos necessários para a ação foram adquiridos e as técnicas de enfermagem da equipe de saúde compreenderam as orientações da capacitação, realizada na primeira semana, seguindo corretamente os protocolos, inicialmente com as aferições de pressão arterial e medidas de peso dos usuários, nas primeiras duas semanas, e posteriormente com a adição das medidas de altura e HGT realizando a triagem da demanda espontânea e auxiliando na organização dos registros e acompanhamento.

A população foi informada à respeito do programa através de avisos na rádio da cidade, semanalmente e os ACS, na segunda semana de intervenção, receberam capacitação em relação ao cadastro e agendamento de usuários.

Os usuários cadastrados tiveram monitoramento de seus exames clínicos, laboratoriais, acesso às medicações da Farmácia Popular e avaliação de necessidade de atendimento odontológico, realizado pelo médico e pela enfermeira, através das fichas de registro e prontuários clínicos. A partir das capacitações ocorridas nas duas primeiras semanas, os membros da equipe puderam seguir suas atribuições no exame clínico conforme protocolo, que foi disponibilizado impresso para utilização rotineira.

Os exames laboratoriais foram solicitados para os usuários que necessitavam, garantidos junto à gestão pelo médico, com o seu agendamento e organização bem compreendidos pela recepção da UBS, a qual teve papel importante para que não houvesse problemas nesse sentido. O controle do estoque e necessidades de medicações manteve-se regular, como já acontecia. Durante toda a intervenção, os usuários foram orientados sobre a importância da melhoria na qualidade da atenção

aos seus agravos, nas palestras, grupos, acolhimento, consultas médicas e odontológicas.

As avaliações das fichas de cadastro do programa feitas pelo médico e pela enfermeira propiciaram uma melhor adesão dos usuários, sendo realizadas visitas domiciliares todas as quartas-feiras pela manhã e agendamentos aos usuários faltosos. Aqueles com maior dificuldade de acesso, acamados, em atraso no acompanhamento ou com outra necessidade tiveram prioridade. Os ACS previamente capacitados puderam auxiliar nas ações, realizando as buscas ativas, agendando e acompanhando o médico e a equipe de enfermagem nas visitas domiciliares. As orientações sobre a periodicidade nas consultas foram abordadas conforme cronograma.

Os registros durante a intervenção foram monitorados e realizados pelo médico e pela enfermeira, através das fichas espelho, planilha de dados e livro ata, semanalmente e as informações foram atualizadas no SIAB pela enfermeira, de forma mensal. As capacitações ocorridas abordaram as formas de registro para toda a equipe e os usuários foram informados durante as ações do cronograma de seus direitos sobre os seus registros.

A avaliação de risco dos usuários foi tema das capacitações para a equipe de saúde, tendo sido controlada pelo médico e pela enfermeira, através das fichas de acompanhamento do programa, e realizada pelo médico durante as consultas clínicas agendadas que ocorreram todas as quintas-feiras, durante os dois turnos, utilizando os protocolos do MS. As ausências eventuais foram anotadas pela recepção e passadas ao médico e a enfermeira da equipe para programação de buscas ativas destes usuários. As consultas odontológicas dos usuários foram agendadas sempre após as consultas clínicas. Todos os usuários cadastrados foram informados sobre a importância da avaliação, nas consultas, grupos e palestras.

Houve grande ênfase nas orientações quanto à promoção de saúde. Os usuários receberam informações sobre a importância da prática de atividade física, do cuidado nutricional, da cessação do tabagismo e da saúde bucal, seguindo o planejamento inicial da intervenção. Os grupos de hipertensos e diabéticos foram realizados de forma plena, com pequenas alterações nas datas em relação ao cronograma. Os encontros tiveram tais modificações em função da necessidade de adaptação aos grupos que

aconteciam anteriormente à Intervenção. Realizaram-se quatro grandes grupos, dois no mês de setembro e dois no mês de outubro. Foram ministradas palestras pelo médico e pela enfermeira durante os grupos, que contaram também com a participação da população local, convidada e informada pelos ACS previamente. Uma grande palestra motivacional aos usuários foi organizada junto à gestão, ocorrendo após o período de intervenção.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas

De acordo com o cronograma inicial, todas as ações previstas foram desenvolvidas. As palestras programadas não aconteceram separadamente conforme previamente planejado, mas sim em conjunto com os encontros dos grupos, aproveitando o deslocamento dos usuários de suas respectivas regiões, abrangendo um parte importante da população das regiões de difícil acesso. O fato do apoio solícito da equipe, incluindo a gestão, facilitou a realização das ações

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores

Os registros foram realizados conforme cronograma, nas fichas espelho, planilha de dados e livro ata. As fichas foram solicitadas para gestão previamente à Intervenção, e foram impressas em tempo hábil, sem dificuldades de preenchimento e revisão nas doze semanas de trabalho, pela enfermeira e pelo médico. A planilha de dados foi, a cada semana, sendo mais bem compreendida, uma vez que inicialmente o trabalho com planilhas eletrônicas pelos profissionais não era rotineiro. Ao fim, algumas correções foram realizadas, com auxílio da orientação do curso, para o fechamento e cálculo dos indicadores. O livro ata foi utilizado para auxílio na organização, pelo médico, o que ocorreu facilmente.

3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso. Descreva aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra

Durante a intervenção, a incorporação das ações ocorreu naturalmente, com adaptações à rotina que interferiram apenas de forma positiva. A gestão de saúde municipal deu suporte às solicitações dos materiais necessários para a boa continuidade da intervenção, bem como da disponibilização dos carros para as visitas domiciliares e acesso às áreas onde ocorreram os grupos. Após finalizado o período de doze semanas, percebeu-se boa aceitação da população, com novos diagnósticos realizados e melhor controle dos agravos dos usuários. A participação e envolvimento de praticamente toda equipe da área foi fundamental para que tivéssemos poucas dificuldades durante a intervenção, e será importante para a continuidade do programa, buscando a cobertura completa da população, posteriormente. Para isso, é esperada a incorporação do programa pelos membros das outras equipes da UBS, especificamente do médicos, situação que será pauta das próximas reuniões da ESF de Alecrim.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Resultados referentes ao objetivo de ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1: Cadastrar 20% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS.

A área da UBS possui 1157 hipertensos, e durante a intervenção 235 usuários foram cadastrados e acompanhados no programa. No mês 1 foram atendidos 73 hipertensos (6,3%), no mês 2 esse indicador subiu para 160 usuários (13,8%) e finalizamos o mês 3 com 235 hipertensos assistidos (20,3%).

A meta foi alcançada, em função da programação feita pelo cronograma, com os cadastros tanto no âmbito de demanda espontânea e agendada, como durante os grupos e buscas ativas.

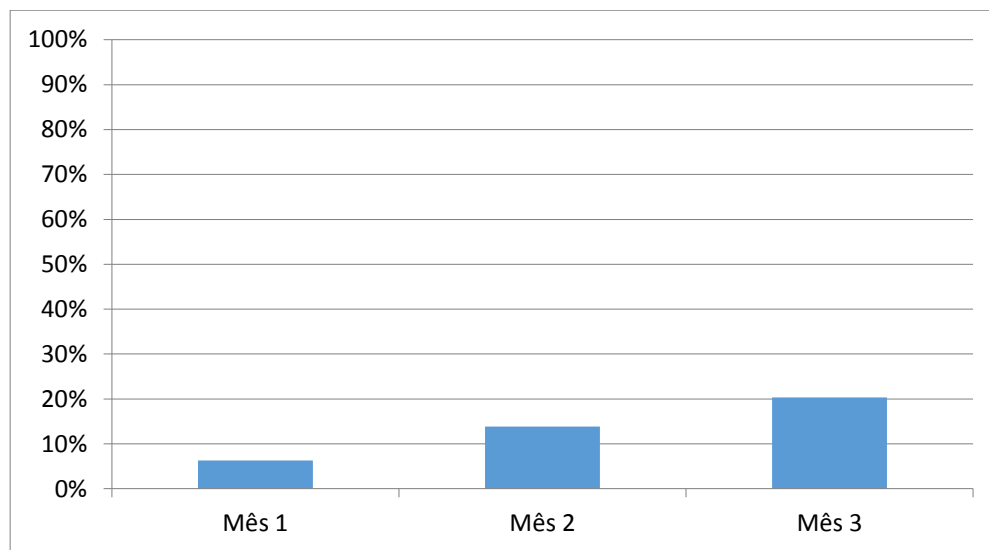


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Sede, Alecrim, RS. 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 2: Cadastrar 20% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS.

A área da UBS possui 213 diabéticos, e durante a intervenção somente 35 usuários foram cadastrados no programa. No mês 1 foram acompanhados 12 diabéticos (5,6%), no mês 2 foram atendidos 29 (13,6%) e finalizamos o mês 3 com 35 acompanhamentos (16,4%).

A meta não foi alcançada, apesar da programação feita pelo cronograma, porque provavelmente o diagnóstico e controle da DM é mais difícil, necessitando de comprovação laboratorial e adesão maior. Acredito que a meta poderia ter sido um pouco menor, pois é natural que o cadastro deste público é mais gradual, quando em comparação aos hipertensos.

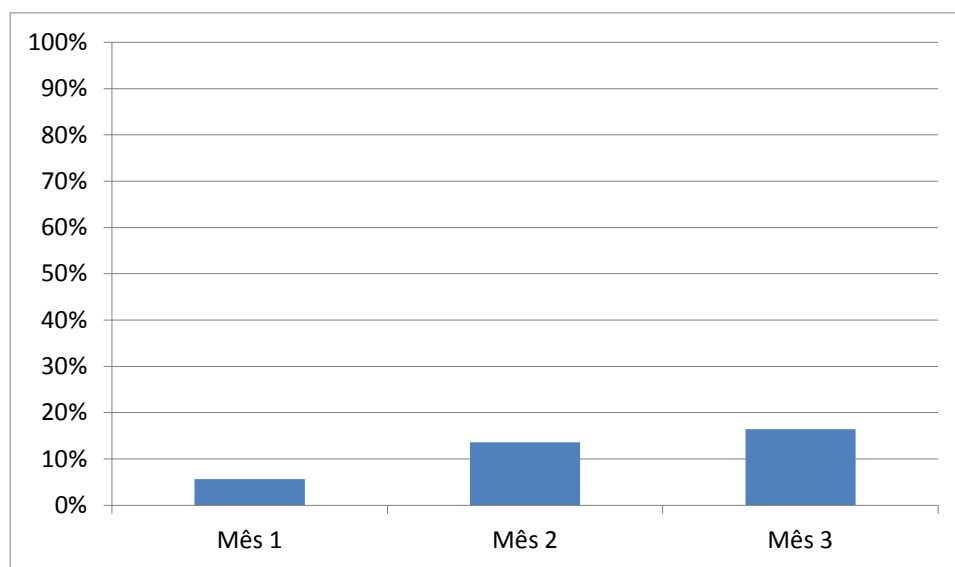


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Sede, Alecrim, RS, 2014.
Fonte: Planilha de coleta de dados.

Resultados com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 3: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

No mês 1 foram examinados 69 hipertensos (94,5%), no mês 2 foram acompanhados 151 (94,4%) e no mês 3 esse indicador foi de 226 hipertensos examinados (96,2%).

A meta não foi alcançada, embora por pouca margem percentual, em função de que alguns usuários com o exame clínico incompleto tiveram consultas agendadas de retorno posteriormente à intervenção. Ainda, usuários em acompanhamento irregular que necessitam a realização do exame clínico tiveram buscas ativas organizadas, que ainda não haviam sido realizadas.

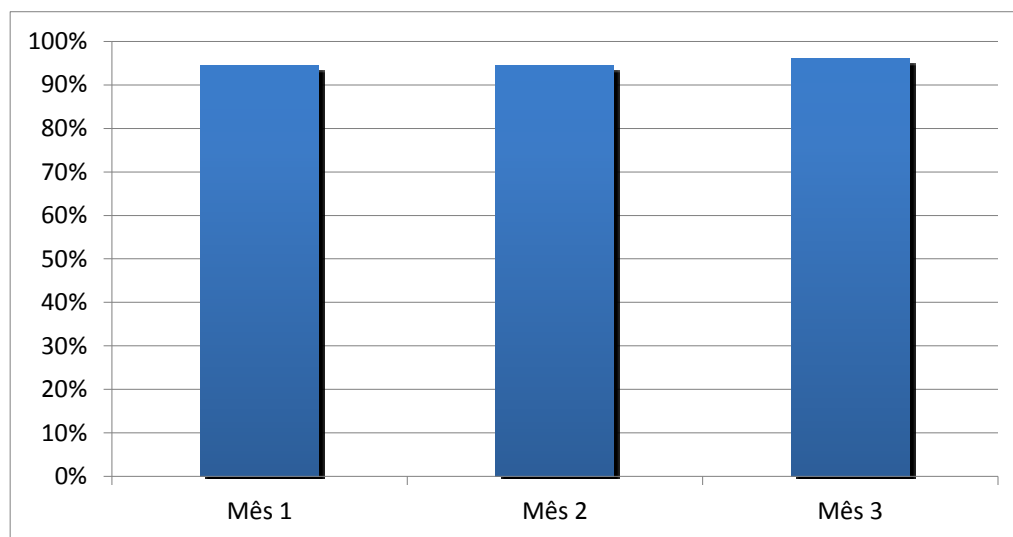


Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Sede, Alecrim, RS, 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 4: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos

Indicador 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

No mês 1 foram examinados 11 diabéticos (91,7%), no mês 2 foram acompanhados 27 (93,1%) e no mês 3 esse indicador foi de 33 diabéticos examinados (94,3%).

No caso dos diabéticos, apenas 2 usuários não tiveram o exame clínico apropriado, por serem usuários que necessitam visita domiciliar, agendadas para os meses subsequentes à Intervenção.

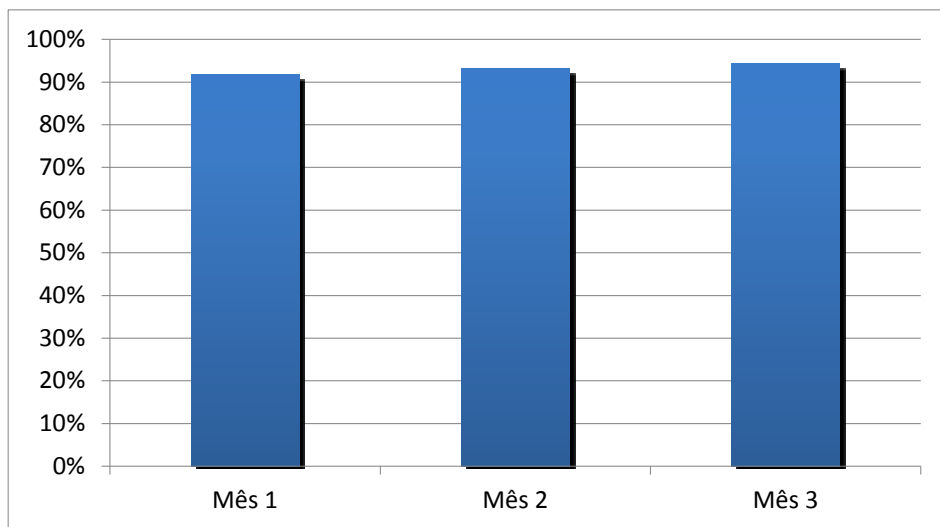


Figura 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Sede, Alecrim, RS. 2014.

Fonte: Planilha de coleta de dados.

Meta 5: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com os protocolos.

Indicador 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No mês 1, 66 hipertensos (90,4%) realizaram os exames complementares, no mês 2 a soma foi de 144 (90%) usuários e no mês 3 esse indicador foi de 219 hipertensos com exames em dia (93,2%).

Todos os usuários tiveram os exames complementares solicitados, sendo que 16 destes não foram classificados como “em dia” porque não retornaram às consultas agendadas para avaliação dos exames. A revisão das fichas-espelho e as buscas ativas para estes usuários foi organizada, para sanar estas ausências.

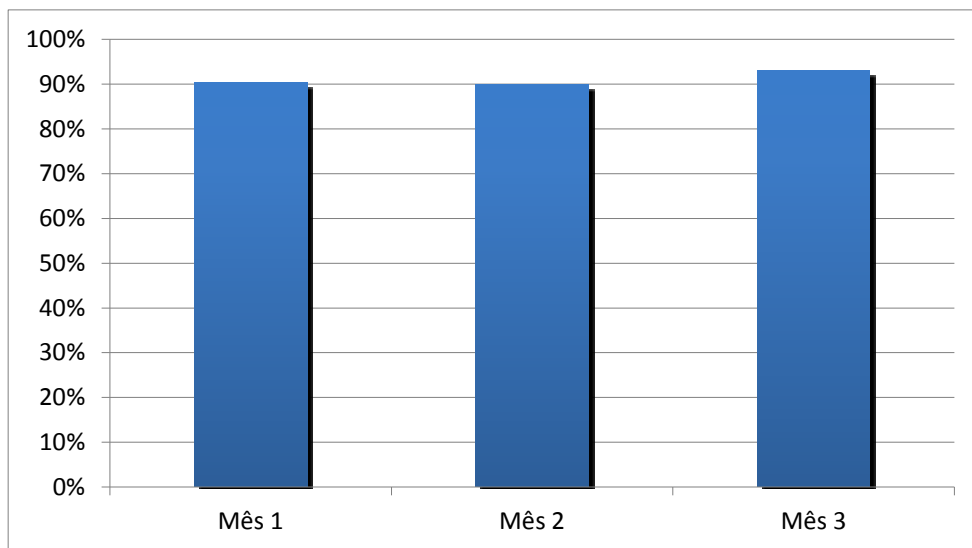


Figura 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Sede, Alecrim, RS, 2014.

Fonte: Planilha de dados

Meta 6: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com os protocolos.

Indicador 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No mês 1, 11 diabéticos (91,7%) realizaram os exames complementares, no mês 2 a soma foi de 26 (89,7%) usuários e no mês 3 esse indicador foi de 32 diabéticos com exames em dia (91,4%).

Todos os usuários tiveram os exames complementares solicitados, sendo que 2 destes não foram classificados como “em dia” porque não retornaram às consultas agendadas para avaliação dos exames. A revisão das fichas-espelho e as buscas ativas para estes usuários foi organizada, para sanar estas ausências.

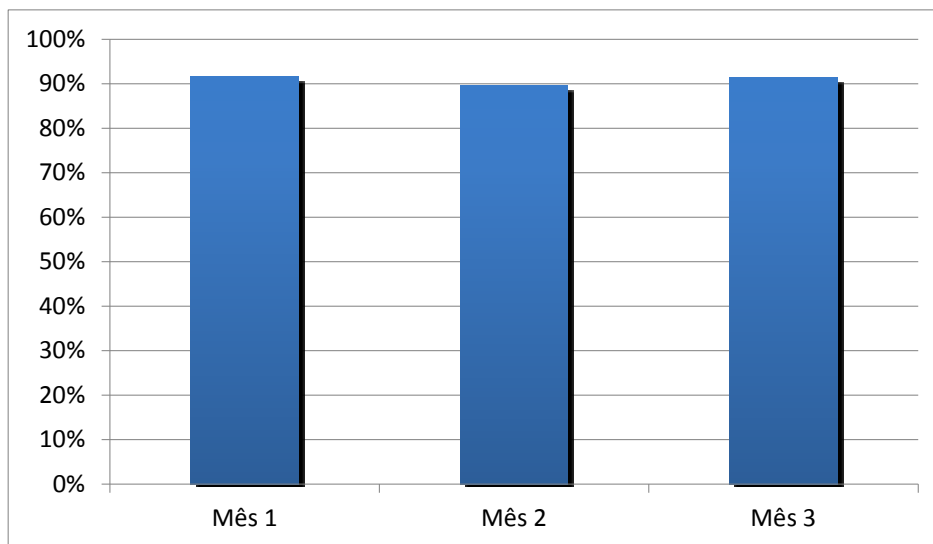


Figura 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Sede, Alecrim, RS, 2014.

Fonte: Planilha de dados

Meta 7: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

Indicador 7: Proporção de hipertensos com a prescrição de medicamentos da farmácia popular.

No mês 1, 72 hipertensos (98,6%) possuíam medicações da farmácia popular prescritas, no mês 2 a soma foi de 156 (97,5%) usuários e no mês 3 esse indicador foi de 230 hipertensos com essas prescrições (97,9%).

Os únicos 5 usuários que não possuíam as medicamentos da farmácia popular são usuários que acompanhavam seus agravos com médicos privados. Estes prescreveram medicamentos para aqueles, que mantiveram tais medicamentos por preferências pessoais, ou melhores condições financeiras. Apesar disso, todos os usuários tiveram ofertados os medicamentos da farmácia popular.

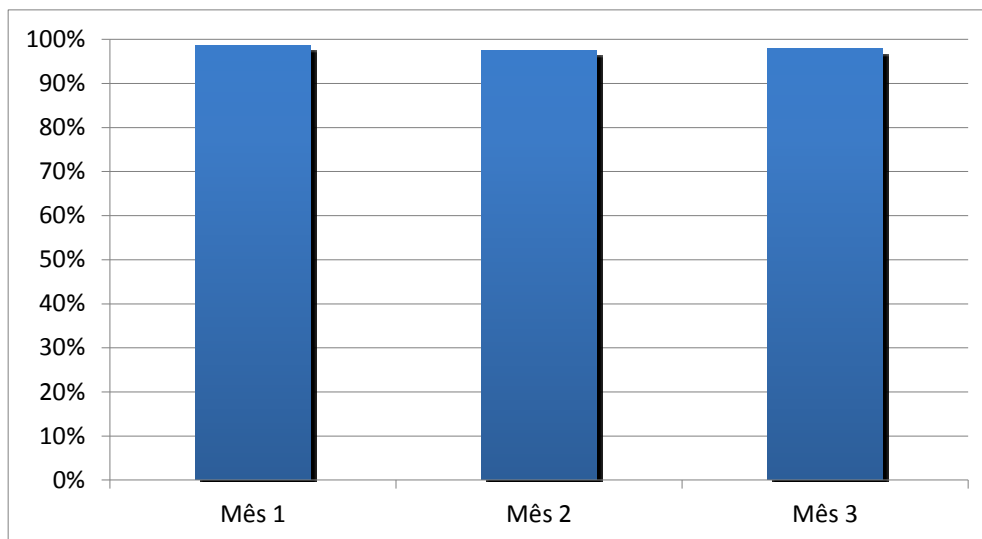


Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Sede, Alecrim, RS, 2014.
 Fonte: Planilha de dados

Meta 8: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

Indicador 8: Proporção de diabéticos com a prescrição de medicamentos da farmácia popular.

No primeiro mês, 12 diabéticos (100%) possuíam medicações da farmácia popular prescritas, no mês 2 a soma foi de 28 (96,6%) usuários e no mês 3 esse indicador foi de 34 diabéticos com essas prescrições (97,1%).

Da mesma forma, o único usuário que não possuía medicamentos da farmácia popular acompanhava seus agravos com médico particular, com medicamentos prescritos por ele. Esse usuário manteve suas medicações conforme preferência, apesar da oferta das medicações da farmácia popular, pois vinha tendo melhores resultados do controle dos agravos.

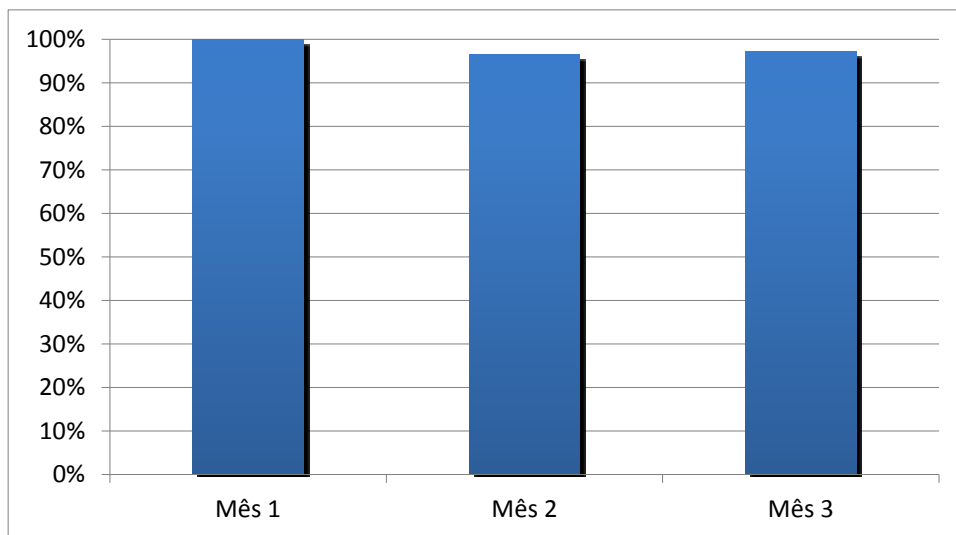


Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS Sede, Alecrim, RS, 2014.

Fonte: Planilha de dados

Meta 9: Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

Indicador 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

No primeiro mês, 73 hipertensos (100%) realizaram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no mês 2 a soma foi de 160 (100%) usuários e no mês 3 esse indicador foi de 235 hipertensos com tais avaliações (100%).

As avaliações foram realizadas junto às consultas clínicas, e todos os usuários com necessidade tiveram consulta odontológica agendada após as consultas.

Meta 10: Realizar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

Indicador 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

No primeiro mês, 12 diabéticos (100%) realizaram avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no mês 2 a soma foi de 29(100%) usuários e no mês 3 esse indicador foi de 35 diabéticos com tais avaliações (100%).

As avaliações foram realizadas junto às consultas clínicas, e todos os usuários com necessidade tiveram consulta odontológica agendada após as consultas.

Resultados com o objetivo de melhorar a adesão da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 11: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

Indicador 11: Proporção de hipertensos com busca ativa cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

No primeiro mês, foram realizadas buscas ativas à 10 hipertensos faltosos (100%), no mês 2 a soma foi de 48 (98%) usuários e no mês 3 esse indicador foi de 72 hipertensos faltosos com busca ativa (100%).

Usuários que durante a intervenção se ausentavam das consultas agendadas tinham a busca ativa organizada pelo médico e pela enfermeira junto aos ACS da região correspondente. As buscas ativas foram de extrema importância para o bom percentual de alcance das metas.

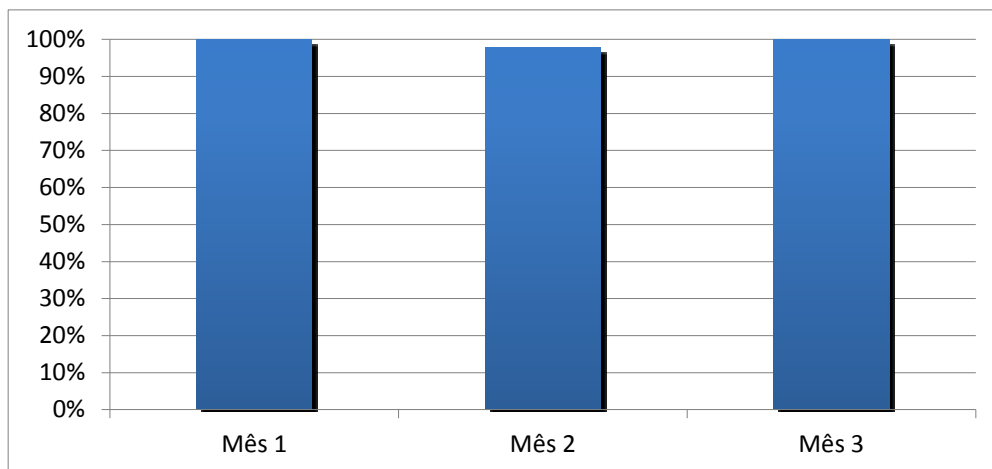


Figura 9: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Sede, Alecrim, RS, 2014.

Fonte: Planilha de dados

Meta 12: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

Indicador 12: Proporção de diabéticos com busca ativa cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

No primeiro mês, foi realizada busca ativa à 1 diabético faltoso (100%), no mês 2 a soma foi de 8 (88,9%) usuários e no mês 3 esse indicador foi de 12 diabéticos faltosos com busca ativa (100%).

Usuários que durante a intervenção se ausentavam das consultas agendadas tinham a busca ativa organizada pelo médico e pela enfermeira junto aos ACS da região correspondente. As buscas ativas foram de extrema importância para o bom percentual de alcance das metas.

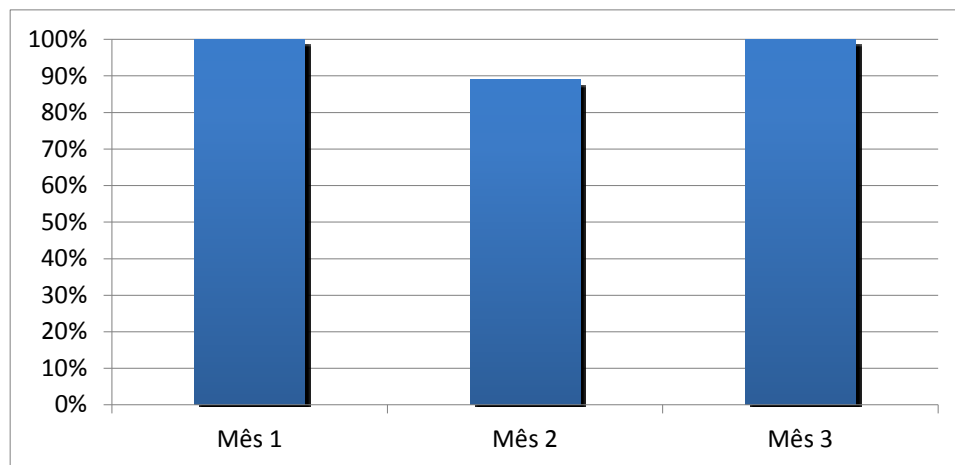


Figura 10: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa na UBS Sede, Alecrim, RS, 2014.

Fonte: Planilha de dados

Resultados com o objetivo de melhorar o registro da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 13: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

Indicador 13: Proporção de hipertensos com ficha de acompanhamento cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

No primeiro mês, 73 (100%) hipertensos tiveram registro adequado, no mês 2 a soma foi de 159 (99,4%) usuários e no mês 3 esse indicador foi de 235 hipertensos com registro (100%).

Todos os 235 hipertensos foram registrados, através da ficha-espelho do Ministério da Saúde. Os registros ainda foram complementados pelo livro-ata e pela planilha de dados.

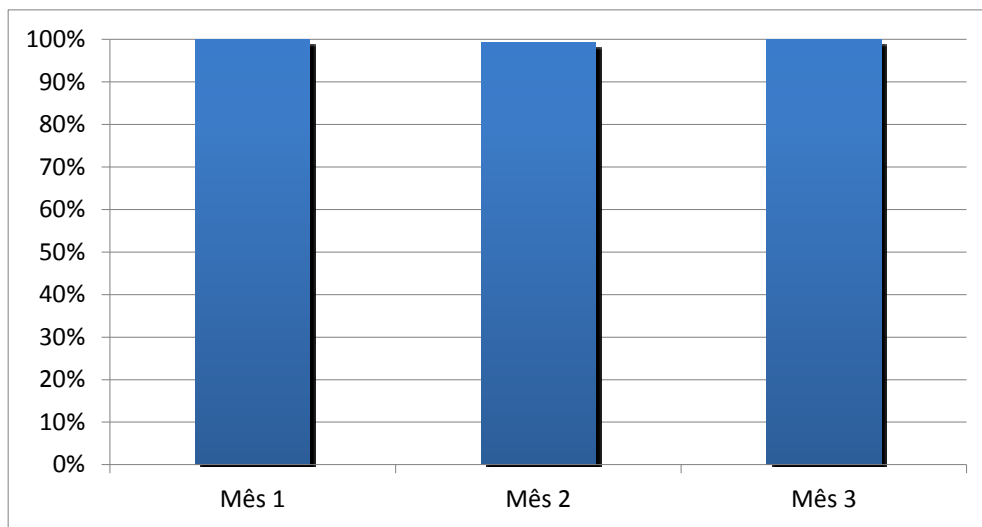


Figura 11: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Sede, Alecrim, RS, 2014.

Fonte: Planilha de dados

Meta 14: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

Indicador 14: Proporção de diabéticos com ficha de acompanhamento cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

No primeiro mês, 12 (100%) diabéticos tiveram registro adequado, no mês 2 a soma foi de 129 (100%) usuários e no mês 3 esse indicador foi de 35 diabéticos com registro (100%).

Todos os 35 diabéticos foram registrados, através da ficha espelho do MS. Os registros ainda foram complementados pelo livro ata e pela planilha de dados.

Resultados com o objetivo de melhorar a avaliação de risco da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 15: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

Indicador 15: Proporção de hipertensos com realização da estratificação do risco cardiovascular cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

No primeiro mês, 72 (98,6%) hipertensos tiveram a realização da estratificação do risco cardiovascular, no mês 2 a soma foi de 157 (98,1%) usuários e no mês 3 esse indicador foi de 233 hipertensos com estratificação (99,1%).

Dois usuários não realizaram a estratificação porque não possuíam os exames complementares necessários para estratificação nas evoluções de seus prontuários. Estes usuários têm consultas agendadas para realização da estratificação conforme protocolo.

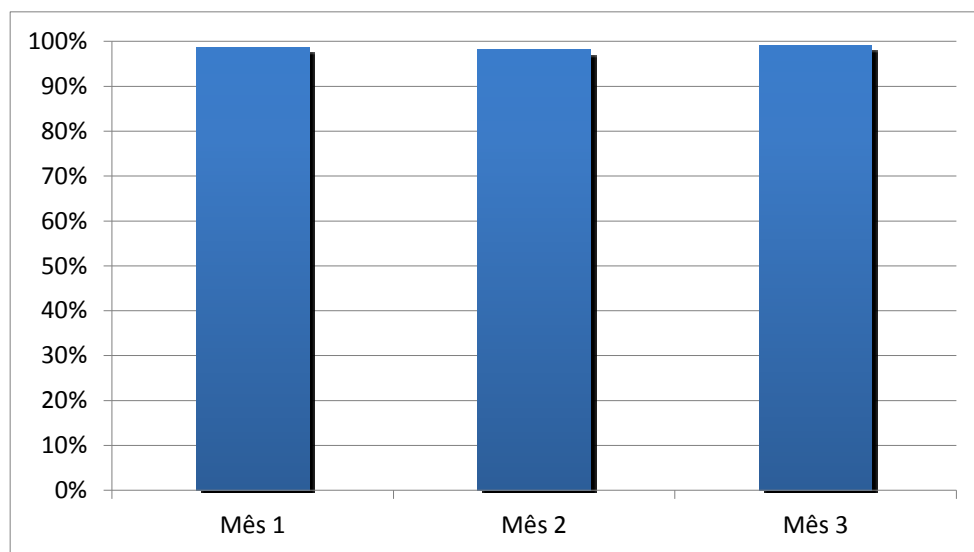


Figura 12: Proporção de hipertensos com realização da estratificação do risco cardiovascular na UBS Sede, Alecrim, RS. 2014.

Fonte: Planilha de dados

Meta 16: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

Indicador 16: Proporção de diabéticos com realização da estratificação do risco cardiovascular cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

No primeiro mês, 12 (100%) diabéticos tiveram a realização da estratificação do risco cardiovascular, no mês 2 a soma foi de 28 (96,6%) usuários e no mês 3 esse indicador foi de 34 diabéticos com estratificação (97,1%).

O único usuário que não realizou a estratificação não possuía os exames complementares necessários para estratificação nas evoluções prévias de seu prontuário. Este usuário têm consulta agendada para realização da estratificação conforme protocolo.

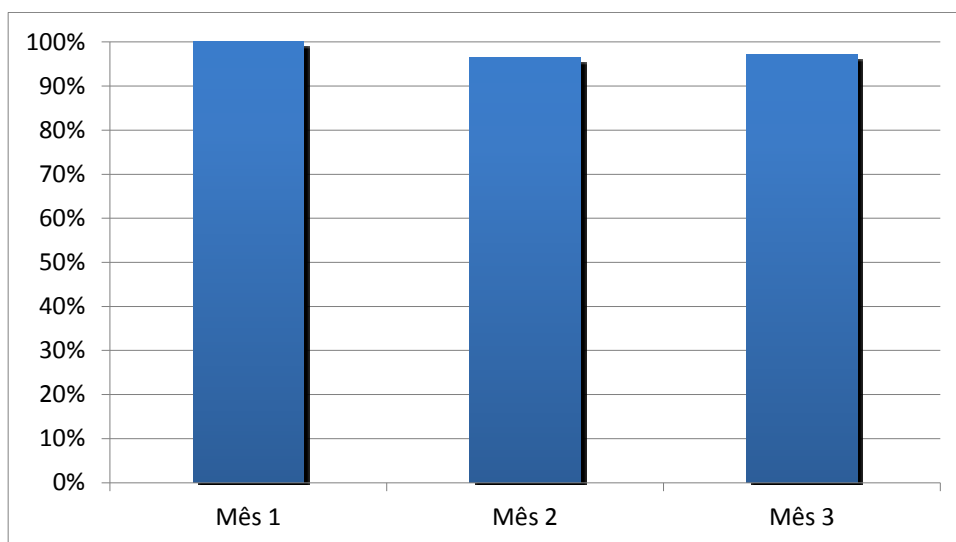


Figura 13: Proporção de diabéticos com realização da estratificação do risco cardiovascular na UBS Sede, Alecrim. RS. 2014.

Fonte: Planilha de dados

Resultados com o objetivo de melhorar a promoção em saúde da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 17: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

Indicador 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

No primeiro mês, 73 (100%) hipertensos tiveram a orientação nutricional sobre alimentação saudável, no mês 2 a soma foi de 160 (100%) usuários e no mês 3 esse indicador foi de 235 hipertensos com orientação (100%).

Todos os 235 hipertensos tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável, tendo sido realizadas durante as consultas médicas e odontológicas e reforçadas durante as palestras nos grupos.

Meta 18: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

Indicador 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

No primeiro mês, 12 (100%) diabéticos tiveram a orientação nutricional sobre alimentação saudável, no mês 2 a soma foi de 29 (100%) usuários e no mês 3 esse indicador foi de 35 diabéticos com orientação (100%).

Todos os 35 diabéticos tiveram orientação nutricional sobre alimentação saudável, tendo sido realizadas durante as consultas médicas e odontológicas e reforçadas durante as palestras nos grupos.

Meta 19: Garantir orientação sobre a prática de atividade física a 100% dos hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

Indicador 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

No primeiro mês, 73 (100%) hipertensos tiveram a orientação sobre a prática de atividade física, no mês 2 a soma foi de 160 (100%) usuários e no mês 3 esse indicador foi de 235 hipertensos com orientação (100%).

Todos os 235 hipertensos tiveram orientação sobre a prática de atividade física, tendo sido realizadas durante as consultas médicas e odontológicas e reforçadas durante as palestras nos grupos.

Meta 20: Garantir orientação sobre a prática de atividade física a 100% dos diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

Indicador 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

No primeiro mês, 12 (100%) diabéticos tiveram a orientação sobre a prática de atividade física, no mês 2 a soma foi de 29 (100%) usuários e no mês 3 esse indicador foi de 35 diabéticos com orientação (100%).

Todos os 35 diabéticos tiveram orientação sobre a prática de atividade física, tendo sido realizadas durante as consultas médicas e odontológicas e reforçadas durante as palestras nos grupos.

Meta 21: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

Indicador 21: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

No primeiro mês, 73 (100%) hipertensos tiveram a orientação sobre os riscos do tabagismo, no mês 2 a soma foi de 160 (100%) usuários e no mês 3 esse indicador foi de 235 hipertensos com orientação (100%).

Todos os 235 hipertensos tiveram orientação sobre os riscos do tabagismo, tendo sido realizadas durante as consultas médicas e odontológicas e reforçadas durante as palestras nos grupos.

Meta 22: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

Indicador 22: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

No primeiro mês, 12 (100%) diabéticos tiveram a sobre os riscos do tabagismo, no mês 2 a soma foi de 29 (100%) usuários e no mês 3 esse indicador foi de 35 diabéticos com orientação (100%).

Todos os 35 diabéticos tiveram orientação sobre os riscos do tabagismo, tendo sido realizadas durante as consultas médicas e odontológicas e reforçadas durante as palestras nos grupos.

Meta 23: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

Indicador 23: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

No primeiro mês, 73 (100%) hipertensos tiveram a orientação sobre higiene bucal, no mês 2 a soma foi de 160 (100%) usuários e no mês 3 esse indicador foi de 235 hipertensos com orientação (100%).

Todos os 235 hipertensos tiveram orientação sobre higiene bucal, tendo sido realizadas durante as consultas médicas e odontológicas e reforçadas durante as palestras nos grupos.

Meta 24: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

Indicador 24: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus

No primeiro mês, 12 (100%) diabéticos tiveram a sobre higiene bucal, no mês 2 a soma foi de 29 (100%) usuários e no mês 3 esse indicador foi de 35 diabéticos com orientação (100%).

Todos os 35 diabéticos tiveram orientação sobre higiene bucal, tendo sido realizadas durante as consultas médicas e odontológicas e reforçadas durante as palestras nos grupos.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na UBS Sede de Alecrim-RS, com o Programa de Atenção à HAS e à DM, proporcionou uma melhora significativa na qualidade de atenção a esta parcela de usuários. Neste período, houve uma cobertura mais abrangente desta população, com aumento de atendimentos, consultas e exames complementares, colocando usuários irregulares em dia com o acompanhamento de seus agravos. Ainda, os registros realizados foram de fundamental importância, uma vez que eram escassos até então na UBS.

As capacitações e reuniões realizadas durante a intervenção foram uma mudança importante para a equipe de saúde da UBS. Por trazerem novas informações e proporcionarem discussões tanto no tocante à educação em saúde quanto à problemas da unidade e da relação desta com a população, permitiram um engajamento fundamental que carecia entre os membros da equipe, que deram uma resposta muito boa neste sentido.

Conseqüentemente, o serviço à população de hipertensos e diabéticos teve aumento em sua qualidade. A organização do serviço em virtude das capacitações sistematizou a abordagem dos usuários desde a chegada deles à UBS até o agendamento de retorno e encaminhamentos para serviços de apoio, quando necessários. Os prontuários tiveram melhoria no sentido de apresentarem dados importantes aferidos nos acolhimentos que antes não se aconteciam. As consultas assim ganharam maior substrato e fluidez na sua execução. Os agendamentos programados para consultas clínicas e odontológicas agregaram maior controle dos agravos dos usuários da intervenção.

A comunidade, por ter parcela significativa de hipertensos e diabéticos, recebeu bem as ações implementadas, principalmente quando foi acessada nas regiões do interior do município. Muitos destes usuários nunca haviam realizado exames laboratoriais ou acompanhado de forma regular o controle de seus agravos. Ainda, teve-se uma resposta bastante positiva nas visitas domiciliares organizadas, pois, além do cuidado dos problemas de saúde dos usuários em si, o fato da equipe acompanhá-los em seus lares tinha um significado simbólico social bastante evidente.

O planejamento inicial da intervenção foi bem realizado, apesar de algumas metas não terem sido alcançadas de forma plena. Neste sentido, a meta de cobertura da população diabética poderia ter sido diminuída, sutilmente. Uma ênfase maior na abordagem diagnóstica e no acolhimento desta parcela talvez auxiliasse na ampliação da cobertura durante essas 12 semanas, o que poderia ter sido cobrado no planejamento. Com o fim da intervenção, estes pequenos detalhes podem ser melhorados, na continuidade do programa na UBS.

A manutenção da intervenção na rotina da UBS acontecerá conforme planejado. Será preciso manter a organização atual, com reuniões mensais, acolhimento, registro, agendamentos e realização de grupos, de forma sistemática. O fato da logística ter sido incorporada na rotina do serviço com poucos problemas e bons resultados facilitará a sua continuidade.

Assim, dando seguimento ao Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus, planeja-se um aumento ainda maior na cobertura e na melhora da qualidade da atenção a esta população. A rotina de atendimento mantém-se, e as ações em promoção em saúde estão organizadas, para que se tenha melhores resultados. Além disso, posteriormente pretende-se ampliar o cuidado da criança na UBS Sede de Alecrim, conforme conversado em reuniões recentes, que carece de melhorias importantes.

4.3 Relatório da Intervenção Para a Gestão

Durante os meses de setembro, outubro e novembro de 2014, realizamos na Unidade Básica de Saúde Sede de Alecrim-RS uma intervenção na parcela de diabéticos e hipertensos da população do município, o Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM). Com duração de 12 semanas, este projeto visou melhorias na promoção e controle dos usuários com HAS e DM da UBS, tendo sido organizado pelo médico do PROVAB, junto à gestão e a equipe de saúde.

Inicialmente, foram feitos levantamentos epidemiológicos da população de Alecrim, para que se tivesse um parâmetro importante para escolha do tema da intervenção. A HAS e o DM foram escolhidos como objeto de trabalho, em função das necessidades constatadas durante a avaliação da saúde do município, levando em consideração principalmente a faixa etária e abrangência destes agravos na população. Então foi entrado em contato com os gestores de saúde de Alecrim para que pudessemos pôr em prática o programa de forma satisfatória.

A organização do projeto iniciou com reuniões junto com a gestão, para exposição das necessidades para atingirmos as metas traçadas. O cronograma foi discutido, e os recursos necessários para o seu cumprimento nas 12 semanas foi solicitado. A agenda do médico foi alterada para que pudesse atender os usuários do programa que fossem cadastrados, toda quinta-feira, durante os turnos da manhã e da tarde. Carros para as visitas domiciliares eram necessários, e foram disponibilizados para uso pelas quartas-feiras pela manhã para este fim. Ainda, foram solicitados os insumos ausentes que necessitaríamos durante o acolhimento dos usuários, a impressão de protocolos e fichas-espelho para utilizarmos na capacitação da equipe durante as reuniões, além dos materiais para os grupos e palestras.

Após o projeto ter sido exposto, começamos os trabalhos no mês de setembro conforme cronograma. Durante o transcorrer do programa, conseguimos manter tudo praticamente como planejado. Houve uma regularidade nas reuniões de equipe, um problema que era queixa antiga dos membros da equipe. Nesses encontros, pudemos melhorar muito o acesso à informação dos profissionais da UBS, através das capacitações com abordagem dos protocolos do Ministério da Saúde sobre HAS e DM.

O acolhimento teve sensível aumento de qualidade, fazendo uma triagem direcionada aos agravos abordados na intervenção. A recepção captou rapidamente a organização do programa, facilitando o entendimento da população em relação aos agendamentos e marcações de exames laboratoriais. Os ACS foram organizados de forma sistemática, e com o conhecimento adquirido nas capacitações, fizeram um bom trabalho buscando usuários faltosos, irregulares ou com dificuldade de acesso a saúde.

Os usuários cadastrados no programa tiveram aumento na qualidade da saúde bucal, sendo orientados a agendarem consultas odontológicas conforme houvesse necessidade. As consultas médicas abordaram o usuário de forma completa, com exame clínico direcionado para seus agravos. Os grupos e palestras, organizados e instituídos pelo médico e pela enfermeira do grupo, com auxílio na divulgação pelos ACS, atingiram uma grande parcela da população, discutindo a promoção e cuidados em saúde com os usuários em suas respectivas regiões de moradia.

O recadastro dos usuários fez-nos atingir bons números de cobertura, com 235 (20,3%) hipertensos e 35 (16,4%) diabéticos cadastrados. Quando se fala em qualidade atingida, os números são promissores. Entre os hipertensos registrados no programa, 226 usuários (96,2%) realizaram exame clínico apropriado, 219 (93,2%) tiveram exames complementares em dia, 230 (97,3%) tiveram prescritos medicamentos da farmácia popular, 235 (100%) tiveram avaliação da necessidade de consulta odontológica, 100% tiveram registro adequado, Em relação aos diabéticos, 33 usuários (94,3%) realizaram exame clínico apropriado, 32 (91,4%) tiveram exames complementares em dia, 34 (97,1%) tiveram prescritos medicamentos da farmácia popular, 35 (100%) tiveram avaliação da necessidade de consulta odontológica.

Analisando os resultados da intervenção, ficamos bastante satisfeitos. As metas foram atingidas em sua grande maioria, com grande melhora na cobertura, na qualidade, na adesão, no registro e na promoção em saúde dos usuários diabéticos e hipertensos cadastrados no programa. Nesse sentido, há um planejamento de manutenção das ações promovidas durante essas 12 semanas, para que possamos atingir ainda mais essa parcela da população. O apoio da gestão foi fundamental durante todo esse período, facilitando o trabalho e a consequente melhoria da saúde de

Alecrim, sendo essa atenção demandada indispensável para a continuidade do programa de atenção a HAS e DM.

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade

Desde o início dos meus trabalhos em Alecrim, pude conhecer melhor como era a população da cidade e a sua saúde. Na rotina do trabalho, percebi que muitos pacientes que vinham ao posto de saúde e às consultas tinham problemas de saúde como pressão alta e diabetes, a doença do açúcar alto no sangue. Também notei que muitas pessoas tinham essas doenças e não sabiam, ou não conheciam muito sobre elas, ou ainda não estavam tratando delas de forma correta. Para melhorar isso, conversei com o pessoal da saúde da cidade para que pudéssemos fazer algumas mudanças para melhorar o tratamento desses problemas de saúde, e também para descobrirmos ainda mais quem tem essas doenças.

Todas essas mudanças formam um conjunto, um programa, que chamamos de Intervenção. Começamos essa Intervenção definindo com o departamento de saúde de Alecrim e com os profissionais do posto de saúde o que seria feito. Realizamos reuniões e estudamos mais sobre a diabetes e sobre a pressão alta, também conhecida como Hipertensão Arterial Sistêmica. Todo mundo que trabalha na saúde ficou bastante interessado, e descobriu novas informações sobre essas doenças, para poder cuidar melhor dos pacientes, cada um com suas tarefas.

A recepção se organizou para agendar consultas todas as quintas feiras para os pacientes que cadastramos na Intervenção, além de marcar os exames de sangue

para todos do programa e ajudar resolvendo suas dúvidas. As técnicas de enfermagem, antes das consultas, começaram a medir altura e peso de todos, ver a quantidade de açúcar no sangue pelo teste de HGT (“teste do dedinho”) e também medir o tamanho da região abdominal de todos, a circunferência abdominal. Essas medidas foram importantes para vermos o quanto os pacientes tinham risco de ter problema de coração, derrames, isquemias, entre outros.

Fizemos essa Intervenção nos pacientes com diabetes e com pressão alta durante doze semanas, nos meses de setembro, outubro e novembro de 2014. Realizamos consultas no posto de saúde com os médicos e dentistas, e foram feitos grandes grupos e palestras pelo médico e pela enfermeira, onde conversamos com a população para que todo mundo ficasse sabendo mais ainda sobre as doenças, e soubesse como se cuidar melhor, comendo de forma mais saudável, fazendo atividade física, cuidando da saúde dos dentes e evitando o vício do cigarro. Organizamos também visitas, junto com os agentes de saúde, nas casas dos pacientes que tinham mais necessidade, como os que estavam acamados e os que não tinham com ir até o posto de saúde ou aos grupos e palestras.

Ao fim deste período, tivemos resultados muitos satisfatórios. Conseguimos atender praticamente toda os pacientes que tínhamos planejado no início do programa. Além disso, todos ficaram em dia com seus exames de sangue, consultas médicas e odontológicas, e souberam ainda mais sobre seus problemas de saúde e como controlá-los. Notamos que a população ficou satisfeita e se adaptou naturalmente as mudanças que realizamos durante essas doze semanas, juntamente com os profissionais do posto e da secretaria de saúde. Em função disso, convidamos os pacientes a continuarem participando do programa, pois manteremos da mesma forma este trabalho, daqui em diante, para que melhoremos ainda mais os cuidados em saúde da população de Alecrim.

5 Reflexão Crítica sobre o seu processo pessoal de Aprendizagem

A intervenção proposta pelo Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel) foi um desafio profissional e pessoal. A necessidade de montar um projeto de grande importância para uma comunidade e construir um Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), inicialmente causou-me certo receio em função de nunca ter realizado nada parecido antes e não ter domínio das questões que pudessem surgir durante todo o ano. Essa insegurança inicial foi diminuindo a cada semana, com o bom auxílio da orientação, aprendendo gradualmente sobre o curso e sobre a dinâmica da ESF.

A semana de ambientação foi importante para adaptação, e ocorreu de forma facilitada, e pude entender e resolver questionamentos sobre o contato virtual da especialização. Na primeira unidade do curso, as tarefas forçaram uma reflexão sobre a situação da saúde de Alecrim, e mais profundamente, sobre a importância do bom andamento a que se propõe a ESF. Pude perceber como é imprescindível cada detalhe para que se tenha bons resultados em saúde, desde o comprometimento das políticas públicas quanto a correta capacitação dos profissionais que trabalham direta ou indiretamente com o cuidado em saúde.

Aprimorei meus conhecimentos a cada semana analisando os diferentes grupos populacionais atingidos pela atenção básica, percebendo os pontos positivos e as dificuldades para melhoria dos cuidados com os usuários, sanando dúvidas surgidas

durante essas descobertas. O contato com a equipe de saúde da UBS foi fortalecido, uma vez que todos auxiliaram com boa vontade na elucidação das questões técnicas e clínicas comuns ao processo de análise.

A escolha de um grupo para realizar a intervenção ocasionou uma busca por conhecimento na abordagem integral dos hipertensos e diabéticos, e me fez entender melhor o cuidado com esses usuários, trazendo benefício ímpar em minhas condutas clínicas. A compreensão em relação aos aspectos de cobertura, qualidade, registro, adesão e promoção em saúde foi fundamental para me qualificar profissionalmente e auxiliar na melhoria em saúde de todos os meus usuários futuros.

Em 2014, fui gratificado com novas histórias, amizades e carinho de meus colegas de trabalho e da população de Alecrim. Ao fim, há uma grande satisfação pessoal e profissional em ter realizado o curso, o que me encoraja a manter e sempre melhorar a condução de cuidador em saúde que desempenho, auxiliando colegas e pacientes.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 36 – **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Diabetes Mellitus**. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 37 – **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica – Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: MS, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. SIAB – **Manual do Sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília: MS, 2013.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/> Acesso em: 20 jul. 2014.

SIAB. **Sistema de Informação da Atenção Básica**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

Anexos

2014_07_13 Caixa de dados HÍP e DM (Modo de Compatibilidade) - Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL REFER LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO DEBUÇÃO


C7

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																
Indicador para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o esquema clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares pendentes de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Talbor ou medicação são da lista de Hipertensão da Família Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento especializado?	O paciente está sob o acompanhamento de acordo com o protocolo?	Finalizada busca ativa para pacientes com condições em risco?	O paciente está com registro adequado no livro de acompanhamento?	Identificação de risco padronizada por equipe é realizada?	O paciente está com o plano de cuidado atualizado?	
Observações de preenchimento	do Total total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
1	1															
2	2															
3	3															
4	4															
5	5															
6	6															
7	7															
8	8															
9	9															
10	10															
11	11															
12	12															
13	13															
14	14															
15	15															
16	16															
17	17															
18	18															
19	19															
20	20															
21	21															
22	22															
23	23															
24	24															

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

18:58 06/01/2015

Anexo 3 Aprovação do Comitê de Ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Srª Profª Ana Cláudia Gastal Fassa	
Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	
	

Apêndices

Apêndice 1 Foto da Intervenção



Figura 14: Encontro com o grupo de hipertensos e diabéticos.