

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Faculdade de Medicina
Especialização em Saúde da Família
Turma VI



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação da Atenção aos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina no Município de
Brasileira-Piauí**

Lucas Pinho Bezerra

Pelotas, 2015

Lucas Pinho Bezerra

**Qualificação da Atenção aos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou
Diabetes Mellitus na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina no Município
Brasileira-Piauí**

Trabalho Acadêmico apresentado ao curso de Especialização em Saúde da Família- Modalidade à distância UFPEL/UNASUS, como requisito de avaliação para a conclusão do curso e obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Enf^a. Dr^a. Patrícia Mirapalheta Pereira de Liano

Pelotas, 2015



**Departamento de
Medicina Social**
Universidade Federal de Pelotas



Ministério da
Saúde



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

B574q Bezerra, Lucas Pinho

Qualificação da atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina no Município Brasileira-Piauí / Lucas Pinho Bezerra; Patrícia Mirapalheta Pereira, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

87 f. : il.

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

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

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

LUCAS PINHO BEZERRA

**QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E/OU DIABETES MELLITUS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA
MÃE SABINA NO MUNICÍPIO BRASILEIRA-PIAUI**

Monografia aprovada em ____ / ____ / 2015, como requisito à obtenção do título de especialista em Saúde da Família da Universidade Aberta do SUS/ Universidade Federal de Pelotas.

BANCA EXAMINADORA

Msc. Dr^a. Patrícia Mirapalheta Pereira de Liano
Orientadora



Departamento de
Medicina Social
Universidade Federal de Pelotas



Ministério da
Saúde



Lista de Figuras

Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.....	50
Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.....	52
Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.....	53
Figura 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.....	54
Figura 5: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, Brasileira-PI, 2014.....	55
Figura 6: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.....	56
Figura 7: Proporção de hipertenso com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da farmácia popular na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.....	57
Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da farmácia popular na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.....	58
Figura 9: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da farmácia popular na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.....	60
Figura 10: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da farmácia popular na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.....	61
Figura 11: Proporção de hipertensos com estratificação de risco	



cardiovascular por exame clínico em dia, na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.....	62
Figura 12: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.....	63
Figura 13: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.....	64
Figura 14: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.....	65
Figura 15: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.....	65
Figura 16: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.....	66
Figura 17: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.....	67
Figura 18: Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.....	68
Figura 19: Proporção de hipertensos com orientação odontológica, na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.....	69
Figura 20: Proporção de diabéticos com orientação odontológica, na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.....	70

Lista de Abreviações e Siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEO	Centro Especializado Odontológico
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Equipe de Saúde da Família
HÁ	Hipertensão Arterial
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
KM	Quilometro
PI	Piauí
PSF	Programa de Saúde da Família
PS	Posto de Saúde
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde



BEZERRA, Lucas Pinho. **Qualificação da atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina no Município Brasileira-Piauí.** 2015. 87f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

RESUMO

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são as duas doenças crônicas mais comuns na população brasileira, responsável por consequências deletérias, que podem até gerar incapacitações. Objetivou-se com esta intervenção qualificar a atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Mãe Sabina, Brasileira/PI. A intervenção aconteceu no período de no período de setembro/2014 a novembro/2014 totalizando doze semanas. E o grupo alvo foram hipertensos e diabéticos acompanhados na ESF Mãe Sabina. Os instrumentos de coleta de dados foram à ficha espelho do Hiperdia e posteriormente os dados foram inseridos na planilha eletrônica do Programa Excel disponibilizada pela especialização. Realizaram-se ações em quatro eixos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Finalizada a intervenção, realizou-se avaliação dos resultados da mesma e analisou-se o processo pessoal de aprendizagem. Os resultados evidenciaram a ampliação da cobertura da população alvo, pois 88,2% hipertensos e 91,5% dos diabéticos foram cadastros, conseqüente houve melhorias dos registros, também proporcionou melhorias em relação à prática clínica, onde 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos realizaram exames clínicos apropriados e exames complementares em dia de acordo com o protocolo, também foi garantido a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados. Também foram realizadas orientações referentes à educação em saúde durante os atendimentos individuais e em grupo, por meio de palestras. Conclui-se que as necessidades de saúde destes clientes requer uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas. No entanto, entende-se que estas mesmas necessidades precisam ser adequadamente identificadas e incorporadas em novas práticas de saúde, para além do modelo biomédico essencialmente curativo e centrado no profissional, e não no cliente.

Palavra-Chave: Saúde da Família; Hipertensão Arterial Sistêmica; Diabetes Mellitus; Atenção Primária à Saúde; Doença Crônica.



Sumário

Apresentação.....	10
1 Análise Situacional.....	11
1.1 Texto Inicial sobre a situação da ESF/APS.....	11
1.2 Relatório Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial sobre a situação da ESF/APS e o Relatório Situacional.....	20
2 Análise Estratégica.....	21
2.1 Justificativa.....	21
2.2 Objetivos e metas.....	24
2.2.1 Objetivo geral.....	24
2.2.2 Objetivos específicos.....	24
2.2.3 Metas.....	24
2.3 Metodologia.....	26
2.3.1 Ações.....	26
2.3.2 Indicadores.....	31
2.3.3 Logística.....	38
2.3.4 Cronograma.....	42
3 Relatório da Intervenção.....	42
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	42
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, descrevendo o motivo pelos quais estas ações não puderam ser realizadas.....	42
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	47
3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto a rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso.....	47
4 Avaliação da intervenção.....	48
4.1 Resultados.....	48
4.2 Discussão.....	71
4.3 Relatório da intervenção para os gestores.....	75
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	76
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	78
Referências	80



Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos Hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde Mãe Sabina do município de Brasileira-PI.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Na segunda parte é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. A terceira parte apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Na quarta seção encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Na quinta e última parte a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção.

Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho. O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês março/2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de janeiro, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado.



1.

1 Análise Situacional

1.1 Texto Inicial sobre a Situação da ESF

A UBS em que trabalho é em uma Unidade Mista na zona urbana da cidade de Brasileira-PI. Unidade mista é aquela Unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única.

Nesta unidade, onde atendem duas equipes na Estratégia de Saúde da Família (uma equipe pelo Programa de Valorização da Atenção Básica- PROVAB e uma equipe pelo Mais Médicos, que consta com um médico cubano), realizam-se atendimentos em atenção básica e atendimentos de urgência (suturas, crise hipertensiva, desmaios, hipo ou hiperglicemia); por conta disso, eventualmente, atendo usuários de outras áreas. A equipe é constituída por um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, quatro Agentes Comunitários de Saúde, um dentista e um Técnico em Higiene Bucal e uma recepcionista. Com relação à infra-estrutura, a unidade é bem estruturada, apresentando placas, cartazes e banners que identificam os serviços realizados nesta unidade, bem como, mostram as dependências da mesma.

A unidade pode ser dividida da seguinte maneira: consultórios para o médico e o enfermeiro devidamente climatizados; consultório odontológico equipada com cadeira e material utilizado pelo cirurgião dentista; recepção que consta de uma sala para acolhimento (local que consta com armários para guardar os prontuários dos pacientes



que são separados de acordo com o agente de comunitário de cada área), cadeiras confortáveis, filtro de água e televisão para os pacientes, banheiros separados por sexo; uma copa; uma sala para vacinas; uma sala de curativos e pequenos procedimentos e sala de observação.

Dessa forma, considero esta unidade em excelentes condições para exercer meus atendimentos, bem como, os demais profissionais e usuários que usufruem desta unidade sentem-se satisfeitos com a atual infra-estrutura desta UBS.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Trabalho na Unidade Básica de Saúde Mãe Sabina, localizada no município de Brasileira-PI. Este município possui cerca de 45.786 habitantes e é composto por três UBS e quadro ESF, na qual duas UBS estão localizados na zona rural e uma UBS na zona urbana, sendo esta última abrangendo duas ESF. Com relação ao NASF, o município dispõe desse serviço através de uma equipe composta por: um psicólogo, um educador físico, um fisioterapeuta, um nutricionista e uma terapeuta ocupacional. O município não dispõe de CEO, sendo, desta maneira, os casos de maior complexidade encaminhados para o serviço de referencia em outro município. No que se refere à atenção especializada, apenas atendimentos dermatológicos é disponibilizado pelo município, sendo as demais especialidades (cardiologistas, obstetras, pediatras, entre outros) referenciados para outros municípios. Não há disponibilidade de serviços hospitalar no município, sendo mais uma vez os casos de urgência e emergência encaminhados para municípios próximos que dispõe de tal serviço. No que tange aos exames complementares, a grande maioria dos exames laboratoriais são realizados no município, contudo os exames de imagem de imagem são realizados em outro município.

A Unidade de Saúde é Mista onde se atende tanto usuários no nível da atenção básica como casos de urgência. A unidade localiza-se na zona urbana do município de Brasileira-PI. Nesta unidade, onde atendem duas equipes na estratégia de saúde da família (ESF 01 da qual eu faço parte e ESF 04 que consta com um médico cubano do



Programa Mais Médico), realizam-se atendimentos em atenção básica e alguns atendimentos de urgência. Ambas as equipes são formadas por: um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, quatro Agentes Comunitários de Saúde, um cirurgião-dentista e uma técnica em higiene bucal.

Com relação à estrutura física, a UBS é bem estruturada, apresentando rampa de acesso aos portadores de deficiência, placas, cartazes e banners que identificam os serviços realizados nesta unidade, bem como, mostram as dependências da mesma. A unidade pode ser dividida da seguinte maneira: consultórios para o médico e o enfermeiro devidamente climatizados; consultório odontológico equipado com cadeira e material utilizado pelo cirurgião dentista; recepção que consta de uma sala para acolhimento (local que consta com armários para guardar os prontuários dos usuários que são separados de acordo com o agente de comunitário de cada área), cadeiras confortáveis, filtro de água e televisão para os pacientes, banheiros separados por sexo; uma copa; uma sala para vacinas; uma sala de curativos e pequenos procedimentos e sala de observação, onde são colocados os pacientes que chegam a UBS com problemas agudos de urgência.

No que se refere às atribuições dos profissionais da UBS, a existência de uma equipe multiprofissional é de fundamental importância para promover uma atenção básica de qualidade. A minha ESF está inserida nesse contexto, na qual cada profissional que compõem a equipe é completamente ciente de suas atribuições específicas. Os ACS são responsáveis pelo processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da ESF, assim como também pelo cadastramento das famílias no sistema de informação indicado ao gestor municipal e pela busca ativa dos usuários e orientação as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis.

As ações dos ACS são supervisionadas, planejadas, coordenadas e avaliadas pelo enfermeiro da equipe, que, por sua vez, realiza consultas de enfermagem através de solicitação de exames complementares, prescrição de medicações e encaminhamentos de usuários a outros serviços, quando necessário. O médico realiza consultas, pequenos procedimentos cirúrgicos, atividades em grupo na UBS e/ou no domicílio. O cirurgião dentista realiza a atenção a saúde bucal através da promoção e



proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, acompanhamento, reabilitação e manutenção da saúde bucal.

Além disso, existe uma comunicação regular entre os profissionais da ESF tanto através de reuniões mensais, quanto dúvidas que apareçam no transcorrer dos atendimentos. Nas reuniões são debatidos: o cronograma de atendimento para o mês em questão (constituído de um turno para pré-natal e puericultura, dois turnos para demanda geral, um turno para hipertensos e diabéticos e um turno para visitas domiciliares que ocorrem semanalmente), casos de notificação compulsória, ações de saúde e críticas ou sugestões a metodologia de trabalho empregados pela equipe.

No que diz respeito à população da área adstrita, a ESF atende uma área composta por 1.597 habitantes, sendo destes 784 do sexo masculino e 813 do sexo feminino. Estratificando de acordo com a faixa etária, temos 313 habitantes menores de 14 anos e 1.284 maiores de 15 anos. Com esses dados, percebe-se que minha ESF está de acordo com que o Ministério da saúde preconiza, pois apesar de ter apenas quatro ACS, cada um monitora em torno de 400 habitantes, valor bem abaixo do máximo aceito pelo Ministério da Saúde que é de 750 pessoas.

Além disso, a população cadastrada também é inferior ao que é aceito pelo Ministério da Saúde, que é no máximo entre 3.000 e 4.000 habitantes. Assim, devido à boa estrutura física da UBS e ao contingente populacional da minha área, minha ESF é capaz de atender de maneira organizada e planejada a grande parte da população da minha área, visto que a marcação prévia das consultas e a realização de um cronograma de atividades faz com que se tenha uma atenção básica de qualidade para aqueles que utilizam desse serviço para ter acesso à saúde.

Com relação à atenção à demanda espontânea, ela é realizada visando seguir o princípio da universalidade, na qual todos os usuários, tanto aqueles que não tiveram a consulta agendada previamente pelo ACS ou que apresentam algum problema de saúde que requer atendimento de urgência, têm direito de serem atendidas de maneira digna e ética. Sendo assim, o atendimento é realizado priorizando as queixas que os clientes possuem, escutando e examinando os mesmos, para dessa forma tomar a conduta condizente com o quadro clínico do usuário. Além disso, o acolhimento aos



clientes é realizado de maneira a estreitar ainda mais relação da comunidade e da ESF, fazendo com que a comunidade crie um vínculo com a UBS e seja bem assistida pela mesma. Dessa forma, ter-se-á uma satisfação da comunidade pelos serviços prestados pela ESF, fazendo com que haja uma maior adesão da comunidade as atividades e estratégias propostas pela ESF, melhorando, assim, saúde como um todo daquela população atendida pela ESF.

No que tange à saúde da criança, a ESF realiza atendimentos a esse grupo da seguinte maneira: puericultura às segundas-feiras no turno da manhã, atendendo crianças até 12 meses de idade, e nas segundas e terças-feiras no turno da tarde, o médico faz atendimento de demanda geral, sendo atendidas crianças de qualquer idade, e o enfermeiro todo dia no turno da manhã. Os atendimentos de puericultura ocorrem no mesmo dia do pré-natal, ou seja, em um determinado mês, o médico atende gestante e faz puericultura e, nos mês seguinte, as pessoas que foram atendidas pelo médico serão atendidas pelo enfermeiro. Durante estas consultas se avalia os índices antropométricos da criança, orienta-se sobre a importância da alimentação saudável e da vacinação atualizada, informa-se sobre crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor da criança, solicita-se exames de acordo com o quadro clínico do paciente, estimula-se a prática de exercícios, oferece-se suporte aos pais ou aos cuidadores para estimular o vínculo entre as crianças e os responsáveis e se esclarece atitudes que devem ser evitadas, tais como violência, uso de drogas e sexo desprotegido.

Quanto à utilização da Caderneta de Saúde da Criança, ela é preenchida todas às vezes após a consulta de puericultura e atualmente a cobertura deste público é aproximadamente 85% da área. Na caderneta são anotadas os dados da criança naquela consulta, tais como: nome, idade, peso, perímetro cefálico, estatura, diagnóstico e conduta. No que se refere às ações e/ou medidas para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à saúde da criança, a minha ESF promove uma atenção preventiva e curativa a esse grupo, com fins de permitir que as crianças sejam saudáveis durante o seu crescimento e desenvolvimento e possam, no futuro, se tornarem adultos fisicamente saudáveis, psicologicamente equilibrados e inseridos



na sociedade. Para a realização desses procedimentos a equipe seguiu as recomendações do MS. Contudo, a realização de palestras sobre a importância da saúde bucal e temas como drogas e gravidez são pouco frequentes na minha ESF. Assim, acho interessante, juntamente com o apoio da NASF, a realização de reuniões e/ou palestras, principalmente nas escolas, com este grupo com mais frequência.

Em relação ao pré-natal, a ESF segue as recomendações do Ministério da Saúde que preconiza: realizar, no mínimo seis consultas de pré-natal, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro. Mesmo assim, o que eu percebi é que a grande maioria das gestantes da área fazem mais de sete consultas de pré-natal devido ao pequeno número de gestantes e à UBS estar localizada na zona urbana, o que facilita o trajeto das mesmas a unidade. Os atendimentos a esse grupo acontecem às segundas-feiras, da seguinte maneira: em um determinado mês, o médico atende as gestantes e no mês posterior é o enfermeiro, seguindo essa alternância até o final da gravidez. O serviço possui uma cobertura regular deste público alvo, pois 96% das gestantes e 100% das puérperas são acompanhadas.

Durante os atendimentos, essas mulheres recebem orientações a respeito das modificações maternas que ocorrem durante a gravidez (como aparecimento de manchas no rosto e estrias no abdômen, ocorrência de náuseas e vômitos, presença de edema de membros inferiores), são atualizados o calendário vacinal da gestante, solicitados exames (preferencialmente no primeiro e terceiro trimestres), esclarecidas dúvidas sobre aleitamento materno, trabalho de parto e alimentação.

Quanto ao pré-natal de alto risco, os casos são referenciados para maternidade em Piripiri-PI, onde será realizado um acompanhamento complementar junto com a UBS. Em relação ao puerpério, como foi dito anteriormente, os atendimentos são realizados no mesmo dia do pré-natal, ou seja, na segunda-feira. Sendo assim, em um determinado mês, o médico atende gestante e faz puericultura e, nos meses seguintes, as pessoas que foram atendidas pelo médico serão atendidas pelo enfermeiro.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama, na UBS são realizadas palestras educativas quinzenalmente e nestas são enfatizadas a importância de realizar exame colpocitológico (tanto para busca de



vulvovaginites como para rastreio de lesões precursoras para o câncer de colo do útero), exame clínico das mamas e mamografia. Com relação ao exame colpocitológico, este é realizado quinzenalmente na UBS pelo enfermeiro da equipe, sendo previamente agendado e de acordo com a demanda, e os resultados chegam em torno de 15 dias.

Na presença de alterações no resultado do exame, tanto o médico como o enfermeiro fazem o tratamento e o seguimento da paciente durante os dias de atendimento da demanda geral. Com relação ao controle do câncer de mama, o seu rastreio é feito naquela população considerada de risco para desenvolver o câncer de mama e é realizado, inicialmente, através do exame clínico das mamas, na qual buscamos a história de câncer de mama na família assim como procuramos achados sugestivos do câncer (tais como: nódulos mamários ou linfonodos axilares e/ou supraclaviculares palpáveis). Nestes atendimentos é adotado o protocolo do ministério da Saúde.

Posteriormente ao exame clínico das mamas e após definido a faixa etária de risco, faz-se o rastreio para câncer de mama através da solicitação da mamografia e que apresenta como pontos negativos a demora para a realização do exame assim como para seu recebimento. No caso de alteração dos exames da colpocitologia e mamografia, os casos são referenciados para o serviço de referência, onde ocorrerá o seguimento dos casos suspeitos bem como realizará demais exames adicionais (por exemplo: colposcopia e biópsia).

Com relação à atenção aos hipertensos e diabéticos, os pacientes são atendidos em dois turnos em dias diferentes (terça pelo médico e quarta pelo enfermeiro), sendo que o médico atende um grupo de hipertenso e diabético em um determinado mês e, no mês posterior, estes mesmos pacientes serão atendidos pelo enfermeiro. Mesmo assim, a equipe faz, em outros turnos, atendimento de problemas de saúde agudos devido a HAS e DM. Observa-se, também, que os pacientes realizam exames complementares periodicamente, recebem orientações quanto a mudanças nos hábitos de vida (tais como alimentação saudável, prática de exercícios físicos regulares, desencorajar o uso de álcool e tabagismo), há uma busca ativa dos faltosos e realização de palestras educativas acerca dos sinais e sintomas das doenças e suas



complicações. Contudo, sinto falta ainda de protocolos para estratificação de risco cardiovascular dos pacientes.

Na área em questão estão cadastrados 218 hipertensos, estes dados foram provenientes do SIAB (Sistema de Informação sobre Atenção Básica) e do registro do Programa de acompanhamento de hipertensos e diabéticos. Dos hipertensos da área de cobertura, todos estão com os exames complementares periódicos atualizados e são orientados sobre a prática de atividade física regular e sobre alimentação saudável. Esses dados mostram que a estimativa do número de hipertensos parece adequada à realidade do município, pois como a HAS acomete mais adultos com idade avançada (devido o diagnóstico tardio da doença) e a cidade apresenta grande quantidade jovens de meia-idade (20-40 anos), a quantidade de hipertensos mostra-se condizente com a realidade da população local, favorecendo de maneira positiva ao atendimento a esse grupo de pacientes, visto que, a cada dois meses, o médico e o enfermeiro conseguem atender todos usuários hipertensos.

Sendo assim, o que poderia ser melhorado de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS seria fazer a estratificação dos clientes hipertensos (através dos critérios de Framingham que consta de dados clínicos e laboratoriais do paciente, tais como idade, sexo, PA, tabagismo e outros) e avaliação periódica da saúde bucal. No que se refere aos diabéticos, na ESF estão cadastrados 37 diabéticos. Outro ponto a ser considerado é ausência de protocolos de atendimento a este público pela equipe de saúde em questão.

Assim como os hipertensos, todos diabéticos da minha área de cobertura estão com os exames complementares periódicos atualizados e são orientados sobre a prática de atividade física regular e sobre alimentação saudável. Esses dados, que são bem semelhantes aos dos hipertensos, mostram que a estimativa do número de diabéticos parece adequada a realidade do município, pois devido a prevalência de DM ser inferior ao da HAS e, da mesma maneira que a HAS, a DM acometer mais adultos com idade avançada (devido o diagnóstico tardio da doença) e a cidade apresentar grande quantidade jovens de meia-idade (20-40 anos), a quantidade de diabéticos mostra-se condizente com a realidade da população local.



Bem como os hipertensos, esses dados dos diabéticos favorecem de maneira positiva ao atendimento a esse grupo de pacientes, visto que, a cada dois meses, o médico e o enfermeiro conseguem atender todos pacientes diabéticos. Sendo assim, o que poderia ser melhorado de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à DM seria fazer a estratificação dos pacientes diabéticos e avaliação periódica da saúde bucal, bem como um exame físico mais minucioso dos pés, testando sua sensibilidade e palpando-se os pulsos tibial posterior e pedioso, por exemplo.

Quanto à saúde do idoso, é feita durante todos os dias, tanto pelo enfermeiro como pelo médico, sobre livre demanda. Contudo, no dia do atendimento para hipertensos e diabéticos (HIPERDIA), tem-se um maior volume deste grupo, visto que a maioria dos portadores dessas doenças são idosos. Além disso, a ESF disponibiliza atendimentos de problemas agudos e, para aqueles idosos com dificuldade de locomoção ou acamados, realiza visita domiciliar em um dia da semana (nas quartas-feiras, no turno da manhã). Durante os atendimentos, a ESF solicita exames de rotina, orienta a respeito dos hábitos de vida saudáveis (tais como, alimentação balanceada e prática de exercícios físicos), sobre a importância das campanhas de vacinação e saúde bucal. Nestes atendimentos é adotado o protocolo do ministério da Saúde.

Os dados relacionados aos idosos foram obtidos através dos dados provenientes do SIAB (Sistema de Informação sobre Atenção Básica), do registro do HIPERDIA e das cadernetas de saúde dos idosos, os quais apontaram que na área possui 221 idosos e destes, 115 possuem a caderneta de saúde da pessoa idosa, 151 estão com acompanhamento em dia, 127 são hipertensos, 37 são diabéticos, 86 estão com avaliação da saúde bucal em dia e todos os 221 idosos são orientados sobre a prática de atividade física regular e sobre alimentação saudável.

Entretanto, aos idosos da área não é realizado uma avaliação multidimensional rápida, assim como os mesmos não são avaliados riscos de morbimortalidade e investigado indicadores de fragilização na velhice. Esses dados mostram que a estimativa do número de idosos está acima do adequada para a realidade do município, pois a quantidade de idosos da área atendida pela UBS superou o que era esperado de



acordo com a estimativa. Mesmo com esse “excesso” de idosos, a ESF consegue atender este grupo etário sempre quando eles necessitam de atendimento médico, promovendo, assim, uma cobertura eficiente para idosos residentes na área devido terem tanto consultas agendadas como livre demanda para estes idosos.

Contudo, percebe-se que a não realização de uma avaliação multidimensional rápida, de uma avaliação de riscos de morbimortalidade e de uma investigação de indicadores de fragilização na velhice dificulta execução de uma classificação para saber a gravidade de cada idoso. Assim, julgo necessário a ESF juntamente com NASF fazer um rastreio e estratificar aqueles idosos que mais necessitam do serviço médico, priorizando-o com consultas programadas, visitas domiciliares e exames complementares.

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

Inicialmente para o desenvolvimento desta intervenção foi necessário conhecer a realidade da ESF a qual fazia parte, no intuito de se conhecer todos os seus programas, de identificar as falhas e proporcionar possíveis melhorias. Com esse procedimento pude perceber a situação da UBS a qual faço parte, pude me aproximar, ainda de forma superficial com questão referentes a estrutura física e com o trabalho da equipe. Desta forma, optou-se para realizar está intervenção ao público diabético e hipertenso da área em questão, os quais estavam inseridos ao Programa do Hiperdia.

Nas semanas seguintes tive de construir um texto explicando cada programa de saúde de forma separadamente. Nesta perspectiva, pude conhecer de forma mais planejada, sistematizada todos os serviços oferecidos, bem como as dificuldades e estratégias de superação. Foi possível identificar que não existia no programa do Hiperdia uma cobertura satisfatória, muito menos registros que possibilitassem identificar as reais condições de saúde desta população. Sendo assim, a intervenção proporcionou melhorias significativas nestes dois aspectos e em vários outros.



2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) fazem parte de uma classe de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), representando, de forma mútua, uma das principais causas de óbitos em todo o país. Em relação às doenças crônicas não transmissíveis, destacam-se as doenças cardiovasculares coronarianas, dislipidemias, hipertensão arterial, obesidade e diabetes mellitus, as quais formam um conjunto de morbidades geralmente associadas entre si, constituindo-se em graves problemas de saúde pública (ROSE et al., 2011).

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica que muitas vezes surpreende os pacientes, pois provoca severas complicações. Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2009) no Brasil estima-se que entre 12 e 13% a população adulta tenha diabetes, representando um total de cinco milhões de diabéticos e 50% deles não conhecem o diagnóstico. No entanto, se o excesso de peso fosse evitado, 50% dos novos casos poderiam ser evitados, assim como haveria uma diminuição de 30% com a realização de atividade física.

Segundo dados do Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes (2010), a diabetes vêm aumentando sua importância devido aos altos índices de prevalência. Estima-se que, em 2025, possa existir cerca de 11 milhões de diabéticos no país, o que representa um número de mais de 100% em relação aos atuais 5 milhões de diabéticos, no ano 2000.

Hipertensão é cerca duas vezes mais frequente nos diabéticos do que na



população em geral, afetando 30 a 80% destes doentes, dependendo do grau de obesidade, idade, etnicidade e tempo de evolução da doença (CARVALHO, 2011).

Dessa forma, o manejo do diabetes mellitus e da hipertensão arterial deve ser feito dentro de um sistema hierarquizado de saúde, sendo sua base o nível primário de atendimento (BRASIL, 2011). A equipe de Saúde da Família possui um papel fundamental neste processo, fazendo o levantamento epidemiológico e propondo medidas preventivas, de controle e tratamento (BRASIL, 2013).

Neste sentido, com o objetivo de reduzir a morbimortalidade associada à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, o Ministério da Saúde assumiu parcerias com os estados, municípios e sociedade, dando suporte para a estruturação e melhorias na atenção aos portadores destas patologias. Em contrapartida, é de fundamental importância que os municípios, instituições e Programa Saúde da Família (PSF) vinculados às suas Coordenadorias Regionais de Saúde invistam em estratégias para maior acompanhamento dos pacientes após o diagnóstico e cadastro no PSF.

O foco de intervenção deste projeto consiste na Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, uma vez que são necessárias ações voltadas às mesmas, devido o grande número de pacientes com essa doença comparado ao total da população adscrita da UBS, além dos dados cadastrais da ESF demonstrarem falta de controle de pressão arterial e glicemia de grande parte dos pacientes hipertensos e diabéticos. Desta forma, tornar-se necessário à realização de um trabalho específico com esse grupo (através de um acompanhamento rigoroso dos pacientes, explicações sobre as doenças e suas complicações e pela otimização das medicações), com fins de lhe proporcionar melhores condições de saúde.

A Equipe Saúde na Família Mãe Sabina é responsável por 1.597 habitantes. No que se refere à população alvo 218 são hipertensos (54% da população estimada) e 63 diabéticos (55% da população estimada). Praticamente todos os hipertensos e diabéticos estão com as consultas do programa HIPERDIA atualizadas, mostrando uma boa adesão da população ao programa. Contudo, uma parte destes hipertensos e diabéticos não aderem corretamente ao tratamento, já que esquecem de tomar as medicações, alimentam-se de maneira desregrada e não realizam atividades físicas,



fazendo com que estejam mais susceptíveis a sofrer complicações devido ao mal controle de sua doença de base.

De acordo com Brasil (2011), o tratamento inicial do diabetes e da hipertensão consiste exclusivamente em uma mudança no estilo de vida, incluindo basicamente, a adaptação a um plano alimentar específico e a prática de atividade física. Concomitantemente, deve-se iniciar um programa de educação em diabetes e hipertensão, abordando temas de importância e dando ênfase ao plano alimentar e aos benefícios da atividade física.

No entanto, ao considerar o diabetes mellitus e a hipertensão arterial uma condição crônica de saúde, a adesão do usuário ao seu tratamento só será possível se ele participar efetivamente dele, mediante a obtenção de informações e treinamentos apropriados junto aos profissionais de saúde. O tratamento também dependerá muito da motivação pessoal, aceitação da doença e apoio familiar. Outras variáveis que intervêm na adesão são o tipo e as características da doença, evidenciados pela própria condição do paciente e pelo progresso de sua doença (BRASIL, 2013).

Nessa perspectiva, percebe-se que as ações de promoção de saúde prestadas pela ESF têm trazido uma melhora nas condições de saúde desta população em especial. Isso, porque promove um atendimento de qualidade aos hipertensos e diabéticos, priorizando dois turnos para atendimento a esse grupo, solicitando exames complementares de rotina e buscando pacientes descompensados ou com pressão arterial sistêmica ou glicemia alteradas, com o intuito de promover ações de saúde e executar estratégias para estes pacientes adscritos da área de abrangência.

Portanto, realizar um acompanhamento rigoroso dos pacientes por meio de implementação de reuniões e palestras rotineiras para orientar os usuários acerca de sua doença e sobre os benefícios com controle das mesmas, assim como otimização das medicações juntamente com estratificação daqueles clientes com maiores risco de complicações cardiovasculares e adesão maior da equipe a fim de buscar o bem-estar desses usuários, poder-se-á melhorar a atenção à saúde aos hipertensos e diabéticos.



2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo Geral

- Qualificar a atenção aos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na ESF Mãe Sabina, Brasileira/Piauí.

2.2.2 Objetivos Específicos

- Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos;
- Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa;
- Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde;
- Melhorar o registro das informações;
- Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
- Promoção da saúde;

2.2.3 Metas

Relativas ao objetivo 1: Aumentar a cobertura da ação programática;

1.1. Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Relativas ao objetivo 2: Melhorar a adesão ao acompanhamento;

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

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde



conforme a periodicidade recomendada.

Relativas ao objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção;

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

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

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

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

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

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

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

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

Relativas ao objetivo 4: Melhorar os registros da unidade;

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

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

Relativas ao objetivo 5: Identificar a população de risco;

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

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

Relativas ao objetivo 6: Realizar promoção da saúde.

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

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



diabéticos.

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

- **Monitoramento e Avaliação**

Com a finalidade de melhorar e ampliar a cobertura de pacientes atendidos na UBS será monitorada o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade básica de saúde (UBS), bem como, será realizada busca ativa, através dos ACS, dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na UBS conforme a periodicidade recomendada. Observar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus adotado pela unidade de saúde. Esse monitoramento será realizado semanalmente durante a reunião com a equipe. Avaliar número de hipertensos e diabéticos com exame clínico apropriado (registro de pressão arterial e peso, avaliação de pulsos e sensibilidade das extremidades, em especial dos pés). Avaliar o número de hipertensos e diabéticos que estão com os exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na



unidade de saúde e de acordo com a periodicidade recomendada. Estas avaliações serão realizados também semanalmente nas reuniões com equipe por meio dos prontuários do paciente. Monitorar o acesso e priorizar os medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes da Farmácia Popular.

Será realizado uma vez por mês pelo enfermeira da UBS, pois este é o responsável pelos pedidos destas medicações. Mapear e monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco cardiovascular por ano. Para realizar tal atividade, sempre no momento da consulta o prontuário será avaliado para checar se ela foi executada ou não, caso não tenha sido realizada, o médico e o enfermeiro devem aproveitar a consulta para desenvolvê-la e registra-se no prontuário e na ficha espelho disponibilizada pelo PROVAB. Melhorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde. O enfermeiro, os ACS, o cirurgião dentista, receberam um treinamento para tal atividade que será realizado pelo médico da equipe. Promover a saúde aos hipertensos e diabéticos através da realização de: orientação nutricional, orientação para atividade física regular, orientação sobre os riscos do tabagismo e de consultas periódicas anuais com o cirurgião-dentista. Para desenvolvimento desta atividade o médico realizara com a equipe reuniões no intuito de elaborar um cronograma para as ações de promoção e prevenção da saúde, sendo que os responsáveis por executar essas ações serão o médico e o enfermeiro da equipe. Também contaremos com a colaboração da equipe do NASF. Essas palestras serão executadas quinzenalmente aos pacientes dos hipertensos e diabéticos.

- **Organização e Gestão do Serviço**

A Equipe de Saúde na Família também se responsabilizará para garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa, por meio da busca ativa dos faltoso identificados pelo médico e pelo enfermeiro, os quais serão repassados para visitas domiciliares para os ACS semanalmente durante as reuniões com equipe. Também será garantido melhorias no acolhimento para aos pacientes



portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus, pois deste a pessoa que fica na recepção até o enfermeiro serão treinados sobre a importância do acolhimento pelo médico da equipe durante as reuniões semanais. Também será garantido o material adequado para aferição da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica), assim como garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. Essa garantia será estabelecida por meio de uma conversa com os gestores do município no intuito de repassar os objetivos do projeto de intervenção para a melhorias na qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos da área em questão. Organizar visitas domiciliares para buscar os pacientes faltosos, bem como organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Essa agenda será, semanalmente, durante as reuniões, reescrita pelos ACS. Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos, organizar a capacitação dos profissionais da equipe de saúde da família de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais e disponibilizar de uma versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde. Essa capacitação acontecerá na segunda, terceira e quarta semana de intervenção e será realizada pelo médico da equipe durante as reuniões com a mesma. O médico da equipe ficará responsável também em comunicar a Secretaria Municipal de Saúde à necessidade dos materiais impressos para tal capacitação. Garantir a solicitação dos exames complementares, assim como também garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados. O médico da equipe ficará responsável na primeira semana da intervenção em comunicar a importância desta agilidade dos exames complementares para garantir a qualidade do atendimento. Organizar práticas coletivas com hipertensos e diabéticos sobre alimentação saudável e atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade. Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo". Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e ao diabético, além de estabelecer prioridades de



atendimento considerando a classificação do risco odontológico e demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes. Essa atividade será realizada pelo profissional cirurgião-dentista e pela auxiliar em higiene bucal semanalmente.

- **Qualificação da Prática Clínica**

Todos os profissionais da equipe de saúde da família serão capacitados e orientados para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, bem como para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg. Além disso, os ACS serão treinados para realizar o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde, assim como para orientá-los quanto a realização das consultas agendadas e sua periodicidade. Capacitar a equipe de saúde da família para realização de um exame clínico apropriado e para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares. Além disso, deve-se realizar uma atualização dos profissionais da equipe de saúde da família no tratamento da hipertensão arterial e da diabetes mellitus, além de capacitá-los na orientação aos pacientes sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Capacitar a equipe de saúde da família para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, bem como capacitá-los para a importância do registro desta avaliação e das estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e do diabético, assim como capacita-los para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, sobre promoção da prática de atividade física regular, sobre tratamento de pacientes tabagistas e sobre metodologias de educação em saúde. Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal dos hipertensos e diabéticos. Essa capacitação e treinamento aconteceram durante 4 encontros semanais de uma hora, sendo de



responsabilidade do médico da equipe.

- **Engajamento Público**

Caberá a Equipe de Saúde na Família informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, bem como informar também sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente e orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para Diabetes Mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientar também sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes. Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas agendadas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos), assim como esclarecer aos hipertensos, diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão arterial e da diabetes mellitus e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares e orienta-los quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares. Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Orientar aos hipertensos e diabéticos quanto ao seu nível de risco cardiovascular e à importância do acompanhamento regular, além de esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação, tabagismo e sedentarismo). Orientar os hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde (prontuários) e acesso a segunda via se necessário. Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável e da prática de atividade física regular, assim como da existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Essas



orientações serão repassadas pelos ACS durante as visitas domiciliares e também pelo médico e pelo enfermeiro da equipe durante as consultas. Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde e mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

2.3.2 Indicadores

Relativos ao objetivo 1: Aumentar a cobertura da ação programática;

Meta 1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

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

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

Meta 2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

Relativos ao objetivo : Melhorar a adesão ao acompanhamento;



Meta 3: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Meta 4: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 4: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Relativos ao objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção;

Meta 5: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador 5: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Meta 6: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 6: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.



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

Meta 7: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 7: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Meta 8: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 8: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Meta 9: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 9: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

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

Meta 10: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 10: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da



Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 11: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 11: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Meta 12: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 12: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Relativos ao objetivo 4: Melhorar os registros da unidade;

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

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

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

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



Meta 14 Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Relativos ao objetivo 5: Identificar a população de risco;

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

Indicador 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Relativas ao objetivo 6: Realizar promoção da saúde.

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

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



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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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



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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 23: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Indicador 24: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.



2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no Programa Hiperdia será adotado o Caderno de Cuidado Ao Hipertenso e ao Diabético, do Ministério da Saúde, 2013. Para o registro dos dados serão utilizados o registro do HIPERDIA, prontuário, SIAB e o livro de registro de atendimentos, bem como uma ficha espelho sugerida pelo curso. Para as melhorias nos registros, será implantada fichas que possam ter um registro específico de acompanhamento dos usuários, por exemplo o cartão do hipertenso e do diabético, que constará de informações sobre: peso, idade, medida da cintura abdominal e da pressão arterial, medicações em uso e data das próximas consultas.

Na ficha será compartilhado o registro dessas informações com a equipe, que por sua vez definirá algum membro que responsabilize pelo monitoramento desses registros e que organizará um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto tiver atraso na realização de consulta de acompanhamento, atraso na realização de exame complementar, não realização de estratificação de risco, não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Assim, teremos dados necessários para a construção dos indicadores necessários ao monitoramento da intervenção e que não estejam presentes no cartão e no livro de registros. Estimamos alcançar com a intervenção o número de 300 hipertensos e 100 diabéticos. Para isso os ACS irão realizar busca ativa dos faltosos para retorna ao tratamento na UBS em questão, bem como a captação de mais hipertensos e diabéticos em suas micro-área para serem cadastrados.

O médico fará contato com o gestor municipal ainda na primeira semana do projeto de intervenção para dispor das 400 fichas espelho necessárias e para imprimir as 400 fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho. Ainda nesta primeira semana o médico também solicitará a Secretária Municipal à impressão do protocolo supracitado para que o mesmo fique disponível para consulta da Unidade Básica de Saúde (UBS).



Para alimentação e organização do registro o enfermeiro será o profissional responsável e realizará esta atividade semanalmente. Após o término de cada consulta aos hipertensos e diabéticos todos os registros dos procedimentos serão realizados pelo médico e pelo enfermeiro na ficha espelho disponibilizada pelo curso. Semanalmente a equipe estará discutindo e analisando o andamento da intervenção e os registros das informações.

Primeiramente, o médico e o enfermeiro farão o acompanhamento do livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço para programa Hiperdia nos últimos meses. Em seguida, será realizado o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos (teste de avaliação de pulsos e sensibilidade das extremidades) e exames laboratoriais em atraso. O médico será o responsável pela alimentação semanal da planilha de dados. Ao ser identificados os faltosos os ACS realizavam uma busca ativa. Ao fazer a busca já agendarão os usuários para um horário de sua conveniência e/ou se já tiver agendado atendimento específico para o HIPERDIA no dia seguinte o usuário será estimulado a comparecer no horário em que os demais usuários hipertensos e diabéticos estavam agendados.

Ao final de cada mês as informações coletas nas fichas espelhos e livro de registro do HIPERDIA serão consolidadas na planilha eletrônica pelo médico, a fim de ser feita a avaliação e monitoramento da ação programática.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe pelo médico durante as reuniões semanais, pois antes de iniciar a intervenção será realizada uma capacitação da equipe sobre o caderno de atenção básica. Será realizada na própria UBS, em data previamente agendada, no horário tradicionalmente utilizado, com duração estimada em duas horas.

Para viabilizar ações de rastreamento e de melhoria do atendimento em geral o médico solicitará a Secretaria de Saúde do município, por meio de ofício, a aquisição de materiais para aferição da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos e estetoscópios), fita métrica para medida da circunferência abdominal, realização de glicose capilar (monitor de glicemia, lancetas e tiras reagentes) e balança. Tal ofício



será encaminhado na primeira semana de intervenção.

Com a finalidade de melhorar a adesão dos usuários alvos ao programa e focar a prevenção de doenças e promoção da saúde, o médico e o enfermeiro realizaram palestras na própria UBS para esclarecer a importância do cuidado à hipertensão e a diabetes, bem como com os proprietários das farmácias que participam do programa “Farmácia popular” sobre a possibilidade de tornar bem visível a informação de que aquela farmácia aderiu ao programa, esclarecendo as vantagens do mesmo para o paciente. Para isso o enfermeiro juntamente com o médico produzirá um ofício e encaminharão para as farmácias do município. Mensalmente algum integrante da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) irá realizar uma palestra na unidade em questão.

A prefeitura também será convocada pelo médico, ainda na primeira semana da intervenção a respeito do financiamento para a produção de cartazes e panfletos com informações relevantes à saúde destes usuários, bem como para a divulgação do Programa.

Além disso, será providenciado junto às farmácias populares o esclarecimento sobre a importância do acompanhamento de cada usuário pelos profissionais da UBS, bem como pactuado que os próprios funcionários da farmácia para estes incentivarem os usuários a buscar o enfermeiro e o médico da equipe para acompanhamento, evitando que sejam disponibilizados anti-hipertensivos e hipoglicemiantes sem que o usuário seja acompanhado e cuidado pela equipe.

No tocante ao acolhimento, na UBS já é destinado dia específico na escala semanal de trabalho do médico e do enfermeiro para atendimento ao programa Hiperdia. Para melhorar o acolhimento, serão realizadas orientações para a equipe quanto acolhimento adequado aos hipertensos e diabéticos durante as reuniões de capacitação semanais realizadas pelo médico da equipe.

Os usuários portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus que buscam consulta de rotina terão prioridade no agendamento. Os clientes que vierem à consulta de rotina sairão da UBS com a próxima consulta agendada e com a medicação prescrita pelo médico até a próxima consulta. Além disso, para ampliar a cobertura do



programa Hiperdia e realizar a captação precoce dos hipertensos e diabéticos não-diagnosticados, usuários que apresentarem aumento em sua pressão arterial e/ou alteração da sensibilidade das extremidades e/ou cefaleias persistente, serão atendidos no mesmo turno e os ACS também serão orientados para fazer busca ativa dos hipertensos e diabéticos que não estão realizando suas consultas de rotina do programa Hiperdia ou que não iniciaram ainda.

Quanto à educação em saúde, serão realizadas palestras e rodas de conversas na própria unidade, esclarecendo a comunidade sobre a importância de realizar consultas de rotina do programa Hiperdia, bem como manter níveis satisfatório da pressão arterial e da glicemia de jejum, além de orientações sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular e encorajar o abandono ao tabagismo. Essas palestras serão organizadas a cada 15 dias pelo médico ou pelo enfermeiro da equipe e essas reuniões serão realizadas de acordo com o cronograma previamente discutido com toda a equipe durante as reuniões. Também serão convidados profissionais do NASF participar das palestras.

Para melhorar a qualidade do acompanhamento aos hipertensos e diabéticos, além da capacitação técnica através do Caderno de Atenção Básica, será alvo da equipe realizarmos 100% da consultas de rotina atualizadas, evitando que os pacientes hipertensos e/ou diabéticos passem mais de dois meses sem ir à unidade de saúde.

Nestas consultas o médico ou o enfermeiro irão realizar o exame clínico apropriado, avaliando especialmente os pulsos e a sensibilidade das extremidades (pés e mãos) e também irão solicitar e avaliar os resultados dos exames laboratoriais (hemograma, EAS, uréia/creatinina, glicemia em jejum, hemoglobina glicada, lipidograma, ECG e Rx de tórax), avaliação de indicadores para síndrome metabólica (pressão arterial, medida da cintura abdominal, glicemia em jejum, triglicerídios e colesterol HDL), prescrição de anti-hipertensivos e hipoglicemiantes conforme protocolo, avaliação de saúde bucal, estratificação de risco para doença cardiovascular, encaminhamento para atendimento especializado quando necessário. Para isto, será necessário apoio da gestão para disponibilizar o que for necessário para essas melhorias.



Para monitoramento da ação programática o médico e o enfermeiro revisarão semanalmente as fichas-espelho dos hipertensos e diabéticos, avaliando quais estão com consultas, exames clínicos e exames laboratoriais em atraso. Caso sejam identificados atrasos, solicitaremos ao ACS para que realize a busca ativa destes usuários. Ao final de cada semana, as frequências e os dados clínico-laboratoriais serão registrados em planilha eletrônica pelo médico da equipe.

Dessa maneira sucinta, as ações presentes no projeto serão realizadas de maneira planejada e programática seguindo o cronograma de atividades que será previamente elaborado pelo médico da equipe. Tais ações serão realizadas pela equipe de saúde da família, que é composta por um médico, um enfermeiro, uma técnica de enfermagem, quatro ACS, um dentista e uma auxiliar de saúde bucal, na qual cada membro da equipe terá determinada função durante a execução do projeto. Tais funções serão repassadas na primeira semana de intervenção pelo médico da equipe, por meio de uma capacitação. As ações serão realizadas na unidade básica de saúde, onde ocorrerá também a análise e o processamento dos dados obtidos durante as ações do projeto. As ações do projeto serão iniciadas de acordo com o cronograma previamente elaborado, que tem com início previsto para agosto e seu término em torno de novembro.

2.3.4 Cronograma



ATIVIDADES	SEMANAS											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12



Departamento de
Medicina Social
Universidade Federal de Pelotas



Ministério da
Saúde



3 Relatório de Intervenção

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

Após a análise situacional da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Mãe Sabina do município de Brasileira/PI quanto à atenção aos hipertensos e/ou diabéticos realizada durante as tarefas do projeto de intervenção, identificou-se que um dos problemas enfrentados pela população adscrita no território de abrangência da unidade era a baixa qualidade da atenção aos usuários hipertensos e diabéticos.

Diante disso, foi realizado planejamento de uma intervenção para melhorar essa atenção aos usuários ao Programa HIPERDIA. Então, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) começaram as visitas domiciliares para comunicar e estimular esses usuários a frequentar a unidade, a fim de realizarem seu acompanhamento médico e medicamento pela ESF. Para tal, o médico realizou a capacitação dos profissionais da equipe, bem como orientou sobre a logística do trabalho de campo para as ações estabelecidas pelo cronograma. No início da intervenção, os registros dos atendimentos foram sendo realizados no prontuário, na ficha espelho e na planilha de coleta de dados, material didático para monitoramento da intervenção ofertado pelo Curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS/UFPEL, para cada usuário.

Nesta perspectiva, percebe-se que a intervenção na atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da área adscrita foi importante para a melhor à cobertura e o acesso desse grupo populacional, do município de Brasileira/PI. O objetivo inicial da intervenção foi melhorar a qualificação da atenção aos hipertensos e diabéticos. Desta forma, tinha-se como meta aumentar a cobertura do programa para



100%, pois os profissionais da unidade não desenvolviam nenhuma ação e/ou serviço voltado para esses usuários. Logo, ao final do primeiro mês, foram cadastrados 69 hipertensos e 20 diabéticos, alcançando-se uma cobertura de 54,3% e 42,6%, respectivamente. No segundo mês continuaram 106 hipertensos e 32 diabéticos, cadastrados, alcançando 83,53% e 68,1% de cobertura, respectivamente e no terceiro mês foram cadastrados 112 hipertensos e 43 diabéticos, alcançando uma cobertura de 88,2% e 91,5% respectivamente.

Observando os indicadores de cobertura e muitos outros que essa intervenção conseguiu alcançar, pois nota-se as melhorias na qualidade da assistência a população com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e com Diabetes Mellitus (DM), pois a população esta com mais credibilidade aos serviços fazendo-se presente as consultas e as palestras, elogiando muito as mesmas e sempre referindo que elas devem acontecer de forma rotineira pela equipe. A equipe também mostra-se satisfeita com as intervenções realizadas e referem que o Programa de HIPERDIA esta mais organizado e coerente com a realidade da população alvo.

Para o alcance dessas e de outras metas os gestores colaboraram disponibilizando o manual de acompanhamento do Ministério da Saúde para o HIPERDIA, bem como a impressão das fichas de acompanhamento do PROVABI, que seriam necessárias para o cadastro desta população e estratificação dos riscos.

Porém, ao longo destes três meses de intervenção a equipe teve que superar muitas dificuldades. Inicialmente um dos entraves na conduta médica referia-se a questão dos atrasos dos exames complementares, pois o município não conta com laboratório, e todo o material clínico coletado é enviado para laboratórios de outras cidades, que por sua vez demoraram a chegar, o que dificulta a conduta terapêutica do médico, que por muitas vezes tem que agir, antes destes pacientes agravarem mais ainda o seu quadro clínico. Tentando minimizar ou resolver tão dificuldade o médico entrou em contato com os gestores do município, que por sua vez entraram em contato com os laboratórios conveniados e atualmente os resultados dos exames estão bem mais rápido, o que contribuiu diretamente nas condutas terapêuticas.

A equipe também teve dificuldade na questão da referência e contra-referência,



pois encaminhava os casos não resolutivos da ESF para serviços de alta complexidade e estes usuários não retornavam para dar continuidade ao acompanhamento. Para resolver este problema os ACS eram acionados para realizar uma visita domiciliar e agendar junto com estes pacientes consulta na ESF. Atualmente os usuários são informados pelo médico ou pelo enfermeiro da equipe da necessidade de retornarem para informar as condutas adotadas em outros serviços de saúde.

Já os ACS tiveram dificuldades no convencimento à população em realizar o seu acompanhamento na ESF de sua área, pois segundo eles já são acompanhados por médicos especialista da capital do estado e não vão fazer esse acompanhamento por outro médico. Como alternativa a esta dificuldade foi sugerido aos ACS enfatizar a importância destes atendidos serem realizados em seu município, pois como a HAS e o DM são doenças crônicas, responsáveis por várias complicações que necessitam de um acompanhamento mais próximo e rotineiro, seriam mais adequado e seguro para estes usuários realizarem o acompanhamento dentro do seu território.

É importante mencionar que após essa abordagem, conseguimos mais de 30 novos cadastros na semana seguinte. Outra dificuldade enfrentada pelos ACS se referiu a busca ativa dos faltosos, pois alguns usuários não põem o dia da consulta como atividade prioritária do seu dia, e vão realizar outras coisas e acabam perdendo a hora da consulta. Então como estratégia para superar essa situação os ACS utilizaram abordagens de educação em saúde, orientando a população sobre a cronicidade da doença e a importância do seu acompanhamento e monitoramento.

A equipe também superou a dificuldade em organizar ações educativas para os pacientes acompanhados no programa do HIPERDIA, pois as três palestras realizadas tiveram boa participação popular, inclusive o auxílio da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) e também dos gestores, por meio da impressão dos informativos e também por ter contribuído no lanche para ser servido à comunidade participante do evento. É importante destacar o quanto a população ficou satisfeita com as orientações recebidas durante as palestras, elogiando muito a iniciativa. A equipe também ficou bastante gratificada com os elogios recebidos, os quais contribuíram para manter o empenho em suas tarefas.



Percebo o quanto é fundamental dialogar com as pessoas e, principalmente, ouvi-las, para levantar o grau de conhecimento sobre suas condições de saúde e sobre os fatores que podem contribuir para a melhora ou a piora do quadro atual. Outro ponto interessante é que essas ações já fazem parte da rotina da equipe, e dificilmente após o término da intervenção irão acabar, pois a população e a equipe estão cada vez mais engajados com o serviço oferecido e o enfermeiro já agendou mais palestras para serem realizadas ainda neste ano.

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

Uma das ações diretamente ligada às metas se referia ao atendimento odontológico, porém este profissional se negou a participar da intervenção. Como alternativa para superar tal dificuldade o profissional cirurgião dentista ele elaborou uma ficha de referência para os Centros Especializados em Odontologia (CEO), pois quando ele encaminhava determinados usuários que necessitavam de serviços especializados, os mesmos poderiam retornar a unidade para informar as condutas utilizadas, havendo com isso uma continuidade do tratamento. No entanto, isso não aconteceu, daí o dentista informou que não iria participar da intervenção.

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

Inicialmente o médico passou por algumas dificuldades em relação ao preenchimento das planilhas, alguns deles proporcionados pela própria especialização, pois no início da Unidade II são apresentadas planilhas com quatro meses e mais no final da unidade são apresentadas planilhas de três meses. Desta forma, fiz boa parte da unidade III com as planilhas de quatro meses. Sendo assim, tive que as refazer, o que me fez perder tempo e atrasar algumas tarefas. Outro quesito que me gerou



dúvidas referiu-se a mudança de meses, pois quando terminávamos o primeiro mês da intervenção todos os nomes dos usuários deveriam subsequentemente ser repassados para o segundo mês, apenas acrescentadas os novos cadastros. Demorei algum tempo para entender tal logística, pois havia entendido que deveriam apenas ser colocados os nomes de cada hipertenso e diabético que forem atendidas na semana.

Felizmente todas as dificuldades foram superadas, por meio das orientações recebidas e não tive dificuldades em relação aos cálculos dos indicadores.

3.4 Análise da incorporação das ações previstas no projeto a rotina do serviço e da viabilidade da continuidade da ação programática como rotina, mesmo com a finalização do curso

Portanto, observa-se que o projeto de intervenção funcionou como previa e que foi muito bem aceito pela população da área a qual é responsável e pela equipe da unidade, bem como pelos gestores do município. Além disso, é perceptível o quanto o serviço esta organizado por meio deste planejamento e quanto foi importante o empenho de toda equipe para o alcance destas melhorias na qualidade do serviço.

Desse modo, fico gratificado em ter escolhido o programa do Hiperdia, pois com a ajuda do PROVAB e de toda equipe alcançamos benefícios diretos na qualidade de saúde desta população. Sendo assim, fica claro que a abordagem dos indivíduos com HAS e DM dever ser multiprofissional, conjunta e integrada, quer seja do médico, do enfermeiro, do cirurgião dentista, do nutricionista, do psicólogo e de outros profissionais. Pois estes usuários necessitam de ações que possibilitem não só um trabalho multiprofissional, onde cada profissional realiza seu trabalho, mas, também, uma avaliação interdisciplinar, onde são traçadas em conjunto para a recuperação e manutenção da saúde dos HAS e DM.



4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde Mãe Sabina, localizada no município de Brasileira-PI. Este município possui cerca de 7.644 habitantes e é composto por três UBS e quadro ESF, na qual duas UBS estão localizados na zona rural e uma UBS na zona urbana, sendo esta última abrangendo duas ESF. No que diz respeito à população da área adstrita, minha ESF atende uma área composta por 1.597 habitantes, sendo destes 784 do sexo masculino e 813 do sexo feminino.

A intervenção na atenção à saúde dos usuários hipertensos e diabéticos da Estratégia de Saúde da Família (ESF) Mãe Sabina do município de Brasileira/PI foi importante para a melhoria da cobertura e do acesso desse grupo populacional. Desta forma, tinha-se como meta aumentar a cobertura do programa para 100%, pois os profissionais da unidade não desenvolviam nenhuma ação e/ou serviço voltado para esses usuários. Para alcance desta meta o médico solicitou aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) um levantamento de todos os hipertensos e diabéticos maiores de 20 anos de idade da área de cobertura desta ESF, os quais foram identificados em 287 hipertensos e 46 diabéticos.

Relativos ao objetivo 1: Aumentar a cobertura da ação programática;

Meta 1.1: Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Durante toda a intervenção, os registros dos atendimentos foram sendo



realizados no prontuário, na ficha espelho e na planilha de coleta de dados, material didático para monitoramento da intervenção ofertado pelo Curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS/UFPEL, para cada paciente. Logo, ao final do primeiro mês, alcançamos uma cobertura de 69(54,3%) hipertensos, no segundo 106(83,5%) e no final do terceiro mês de intervenção alcançou-se 112(88,2%) de hipertensos cadastrados. Como dificuldade para o não alcance desta meta tive-se a inexistência de registros anteriores sobre acompanhamento dos hipertensos e diabéticos da área de cobertura, que por sua vez foi necessário mobilizar toda equipe para realizar esse cadastramento. Estes dados podem ser observados conforme gráficos 1 abaixo:

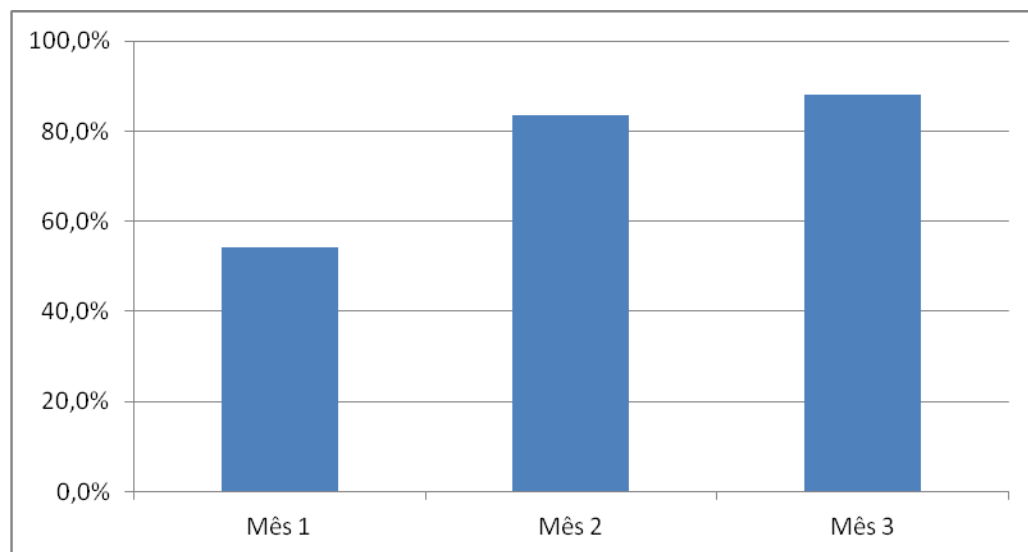


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.

Relativos ao objetivo 1: Aumentar a cobertura da ação programática;

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

No primeiro mês, alcançamos uma cobertura de 20(42,6%) diabéticos, no segundo mês continuaram 32(68,1%) de cobertura, e ao final do terceiro mês de intervenção alcançou-se alcançamos uma cobertura de 43(91,5%) de diabéticos. A

mesma dificuldade aconteceu no cadastro dos pacientes diabéticos da área, pois não haviam registros atualizados sobre a quantidade de pacientes. Estes dados podem ser observados conforme figura 2 abaixo.

É importante considerar que apesar destas metas não terem sido atingidas o trabalho em equipe, em especial dos ACS com a comunidade, permitiu o convite para o acompanhamento mensal na unidade de saúde precocemente, além de atuarem com responsabilidade na busca ativa aos usuários faltosos as consultas agendadas e/ou aqueles que ainda não tinham procurado a ESF para remarcar-las.

O estabelecimento do vínculo dos profissionais da ESF com a comunidade também foi avaliado pela equipe como importante estratégia na qualificação da atenção e avanço na cobertura. Além das consultas agendadas foram realizadas palestras para a comunidade informando sobre a necessidade de se realizar um acompanhamento mensal, bem como a importância de comparecerem às unidades de saúde para realizarem o seu acompanhamento adequado e assim diminuir o risco de outras doenças e de morte.

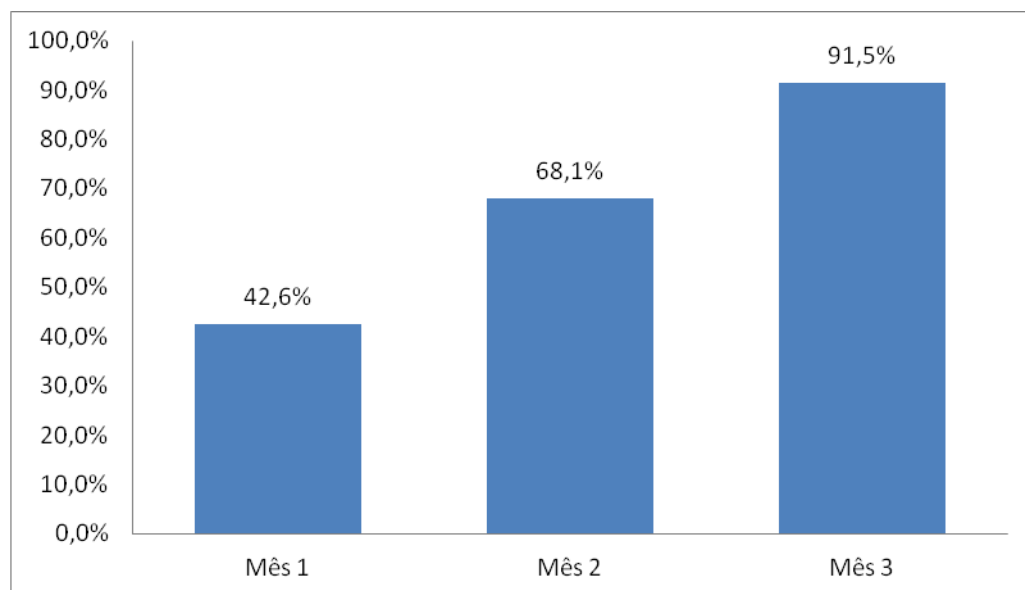


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.

Relativos ao objetivo 2: Melhorar a adesão ao acompanhamento;

Meta 2.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Relativos ao objetivo 2: Melhorar a adesão ao acompanhamento;

Meta 2.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 2.2 Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Reconhece-se que a equipe conseguiu êxito nesse resultado, já que no primeiro mês tivemos somente 12 hipertensos e 01 diabéticos faltosos, sendo que todos tiveram busca ativa, no segundo mês apresentamos 17 hipertensos e 04 diabéticos faltosos e, no terceiro mês 11 hipertensos e 05 diabéticos faltosos. Desta forma, todos os faltosos foram buscados nos três meses de intervenção.

Inicialmente tivesse dificuldade para o alcance desta meta, pois não era rotina da equipe realizar busca ativa, porém com a colaboração do enfermeiro em repassar os nomes dos faltosos para os seus respectivos ACS, e estes realizarem busca ativa e convencimento dos usuários foi possível alcançar esta meta.

Relativos ao objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção;

Meta 3.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados.

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

À propoção de portadores de hipertensão com exame clínico em dia no primeiro mês foi de 57(82,6%) do total de diabéticos atendidos pela UBS, no segundo mês de intervenção, representou 89(84,0%) e no terceiro mês foi de 94(83,9%) estavam em dia com os exames clínicos. Estes dados foram representados na figura 3 abaixo. Apesar

de não termos alcançado a meta pretendida, se considerarmos o número de pacientes cadastrados na UBS em questão é possível evidenciar que todos eles estavam com o exame clínico em dia.

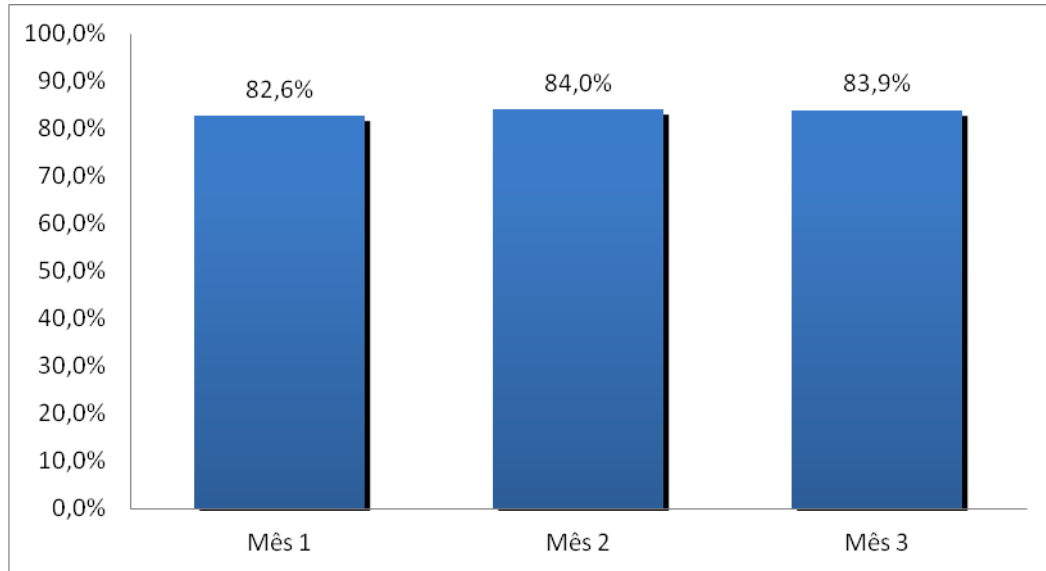


Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.

Relativos ao objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção;

Meta 3.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Quanto à proporção de portadores diabéticos com exame clínico em dia no primeiro mês apenas 36(85,0%) encontrava-se em dia, no segundo mês de intervenção, 27(84,4%) estavam em dia e no terceiro mês apenas 26(83,7%) estavam em dia. Estes dados foram representados na figura 4 abaixo.

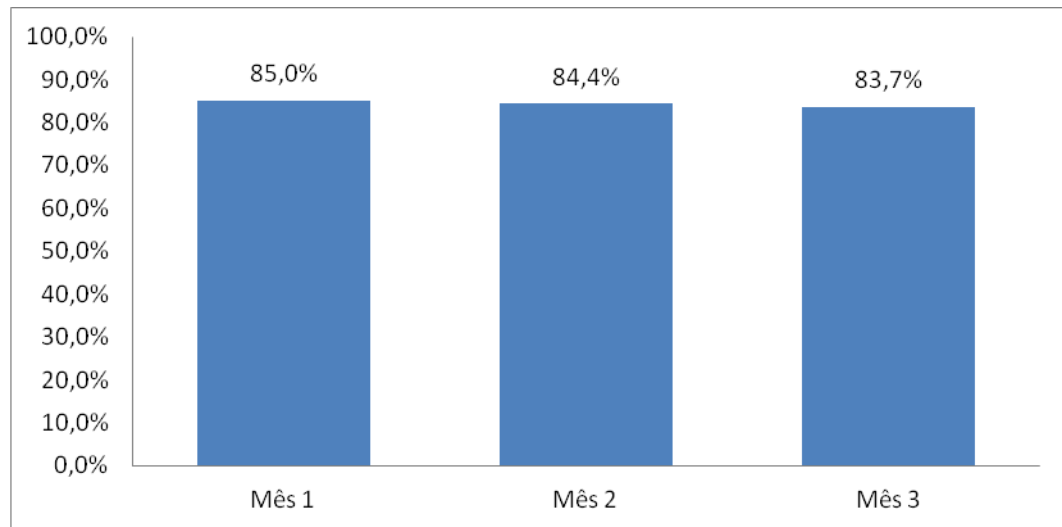


Figura 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.

Relativos ao objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção;

Meta 3.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 3.3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

À proporção de portadores de hipertensos com exames complementares em dia, no início da intervenção foi de 49(71,0%) estavam em dia, no segundo mês 88(83,0%) estavam em dia e no terceiro mês 94(83,9%) estavam em dia. Estes dados foram representados na figura 5 abaixo. Uma das principais dificuldades para o não alcance desta meta está relacionada ao atraso no resultado dos exames, apesar de insistentes solicitações do médico e do enfermeiro a Secretária Municipal de Saúde para tomarem alguma providência.

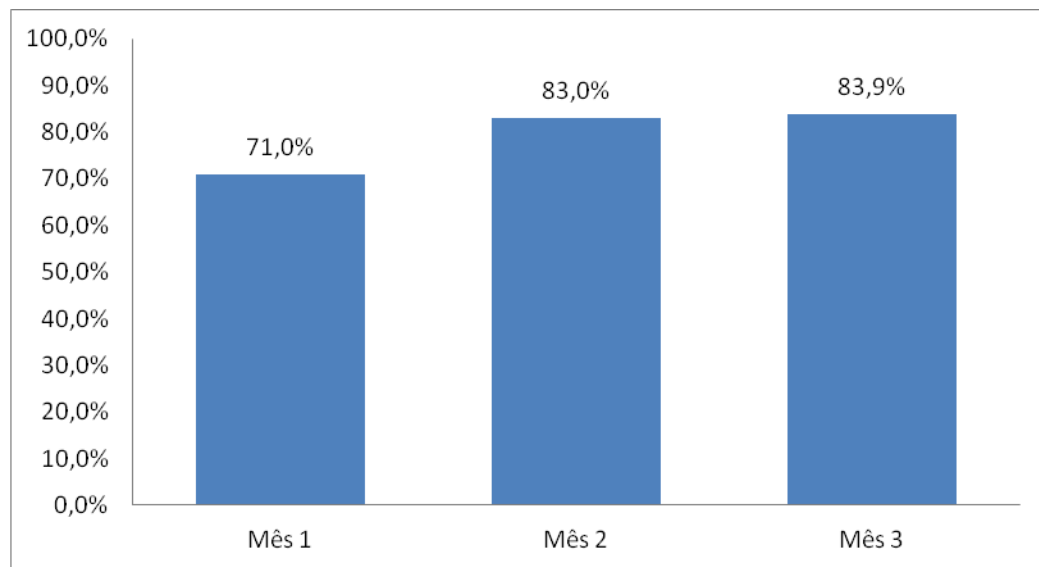


Figura 5: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.

Relativos ao objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção;

Meta 3.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 3.4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Quanto à proporção de portadores de diabetes com exames complementares em dia, no início da intervenção 15(75,0%) estavam em dia, no segundo mês 27(84,4%) estavam em dia e no terceiro mês 36(83,7%) estavam em dia. Estas evidências não estão distantes das metas estabelecidas, e demonstram melhorias comprovadas através dos relatos dos ACS e da própria população. Estes dados foram estão na figura 6.

Apesar destes resultados esta a baixo do esperado com a meta prevista, foi possível perceber que houve uma melhora significativa, pois a população atrasava com o retorno dos exames, esta realidade modificou-se com o desenvolvimento do projeto de intervenção.

É importante considerar os muitos empecilhos para o alcance das metas anteriores tais como: a demora nos resultados dos exames. Além disso, reconhece-se

que essas metas não foram atingidas, visto que há problemas estruturais na rede de serviços do SUS que dificultam o acesso à marcação e realização de exames. Vale ressaltar que o município de Brasileira não possui laboratório municipal e os usuários se deslocam para cidades distantes para a realização dos exames laboratoriais de acordo com o protocolo do MS.

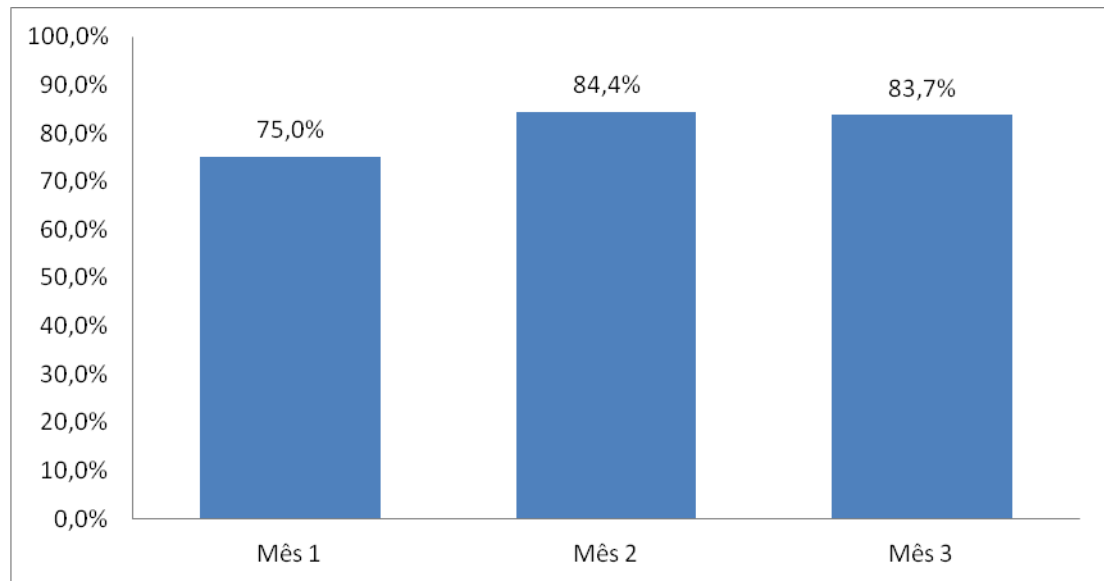


Figura 6: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.

Relativos ao objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção;

Meta 3.5: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 3.5: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

À proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia popular, no primeiro mês representava 57(90,5%), no segundo mês 92(93,9%) e no terceiros mês 92(97,9%) dos hipertensos atendidos. Estes dados foram representados na figura 7 abaixo.

Apesar de não termos atingido a meta estabelecida, considero os valores alcançados de grande relevância, uma vez que a farmácia passou por modificações em

relação aos pedidos de medicações, os quais constantemente faltavam e atualmente a falta de medicação é incomum. O não alcance desta meta também pode está relacionado a necessidade de cada manifestação clínica dos usuários acompanhados, pois em algum caos é necessário que médico prescreva outras tipos de medicações, as quais não são oferecidas pela rede básica.

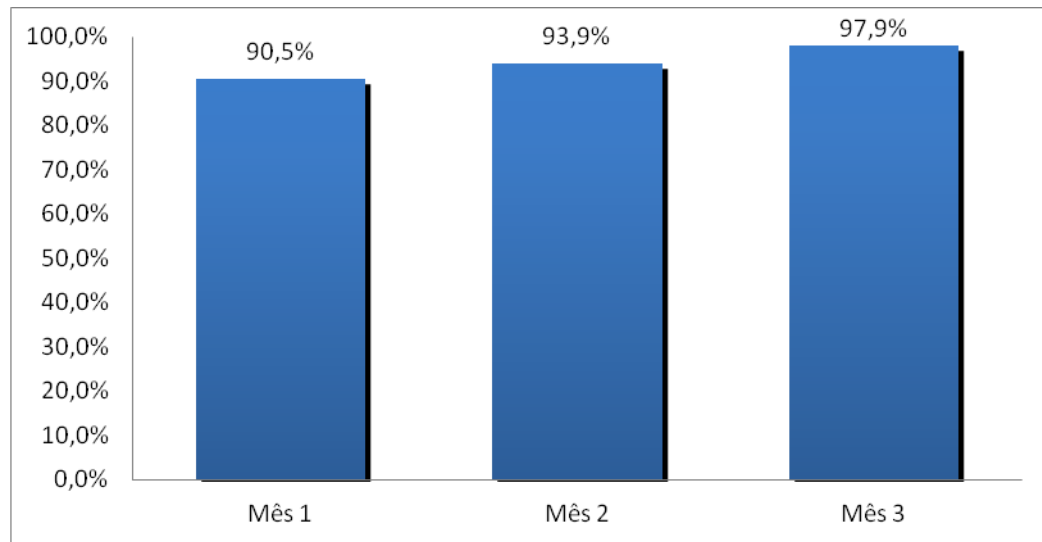


Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da farmácia popular na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.

Relativos ao objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção;

Meta 3.6: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 3.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

À proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da Farmácia popular, no primeiro mês representava 17(85,0%), no segundo mês 27(87,1%) e no terceiros mês 35(97,2%) dos diabéticos atendidos. Estes dados foram representados na figura 8.

Tais números evidenciam que a proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do HIPERDIA ou da farmácia popular manteve-se elevada nos três meses de intervenção, isto se justifica pela preferencia dos pacientes

em utilizar as medicações da atenção básica, porém em algumas poucas vezes estas medicações faltam nestas farmácias.

Além disso, para alcançar tais elevações foram realizados esclarecimentos a cerca dos direitos de recebimento de medicações pelo programa farmácia popular e pela farmácia da própria unidade de saúde. Os usuários também foram informados acerca dos medicamentos que estão incluídos no programa. A equipe de saúde orientou os usuários sobre o acesso gratuito aos medicamentos da farmácia popular. Com isso, obtivemos resultados satisfatórios quanto à adesão as medicações prescritas.

No entanto, o não alcance desta meta relacionou-se as faltas constantes de medicações e a desorganização do profissional responsável pelos pedidos, pois em todos os três meses sempre as medicações acabavam antes do previsto. Como estratégia o médico e o enfermeiro passaram a acompanhar os pedidos e a trabalhar em conformidade com as farmácias populares.

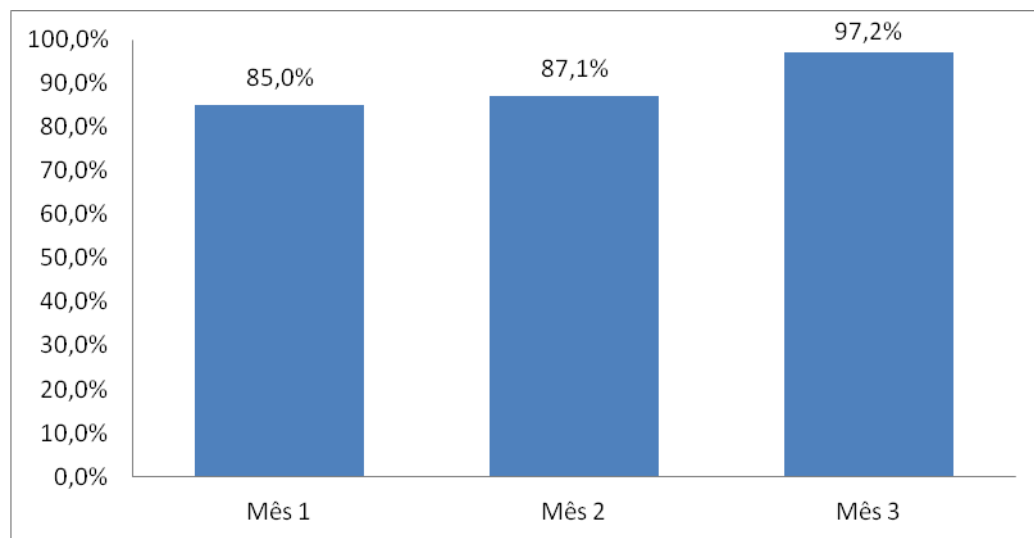


Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da farmácia popular na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.

Relativos ao objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção;

Meta 3.7: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 3.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Apesar da equipe disponibilizar do profissional dentista, em todas as consultas do médico e do enfermeiro 100% dos hipertensos foram avaliados em relação à necessidade de atendimento odontológico. É importante enfatizar que a equipe em todos os três meses da intervenção ficou desfalcada do profissional cirurgião dentista, pois este está de licença médica e não houve substituição.

Relativos ao objetivo 3: Melhorar a qualidade da atenção;

Meta 3.8: Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 3.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Apesar da equipe disponibilizar do profissional dentista,, em todas as consultas do médico e do enfermeiro 100% dos diabéticos foram avaliados em relação à necessidade de atendimento odontológico.

O alcance destas metas está diretamente relacionado ao empenho do médico e do enfermeiro em seguir as recomendações do ministério da saúde.

Relativos ao objetivo 4: Melhorar os registros da unidade;

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

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

No primeiro mês de intervenção 49(71,0%) dos hipertensos estavam com os registros em dia, no segundo mês 98(92,5%) e no terceiro mês 94(83,9%). Conforme demonstra a figura 9.



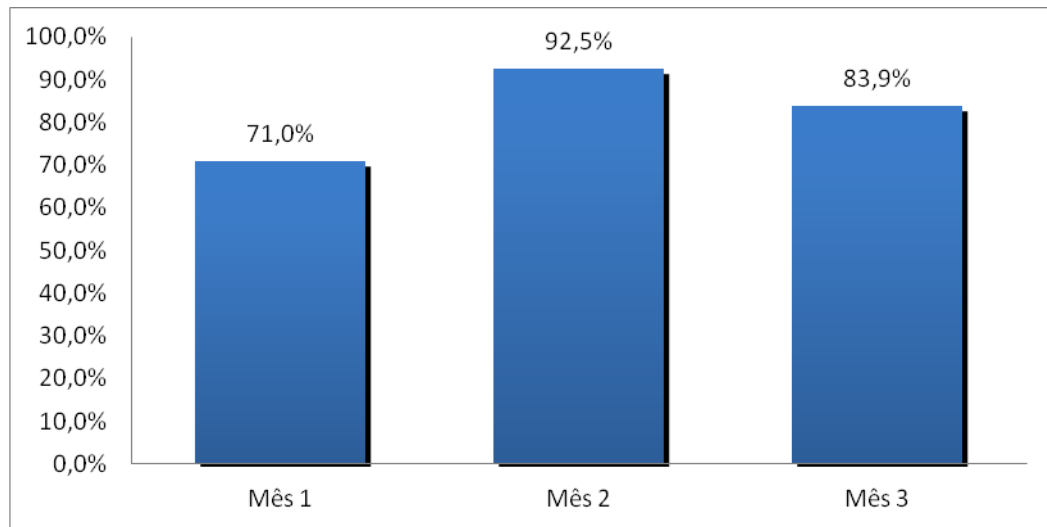


Figura 9: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.

Relativos ao objetivo 4: Melhorar os registros da unidade;

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

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

Já os registros dos diabéticos no primeiro mês 17(85,0%) estavam em dia, no segundo mês 31(96,9%) e no terceiro mês 36(83,7%). Porém, a equipe não obteve sucesso nos resultados dos indicadores de saúde ligados as metas listadas, conforme pode ser observado na figura 10 abaixo:

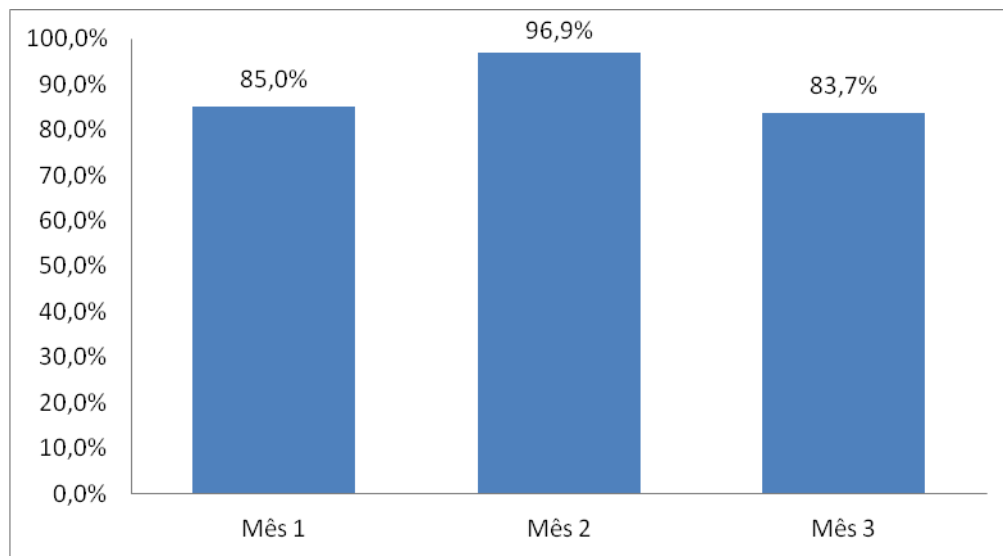


Figura 10: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.

Ressalta-se que estas metas não tenham sido alcançadas devido à equipe não estar atualizando os registros, como eu pensava, no entanto na perspectiva da quantidade de pacientes cadastrados, todos eles estavam com os seus registros em dia.

Relativos ao objetivo 5: Identificar a população de risco;

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

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Os resultados alcançados no primeiro mês apenas 42(60,9%) dos hipertensos estavam em dia, no segundo mês 98(92,5%) estavam em dia e no terceiro mês 94(83,9%). Estes dados foram apresentados na figura 11.

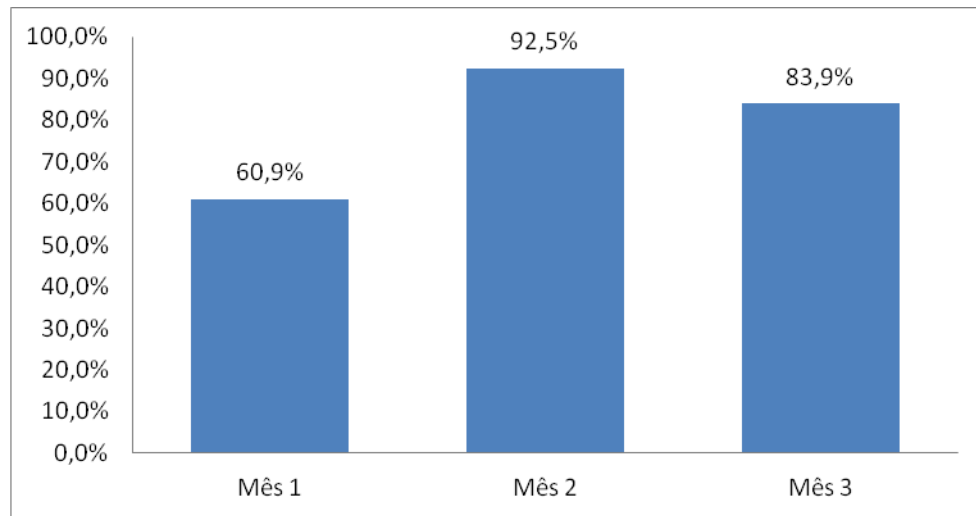


Figura 11: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.

Relativos ao objetivo 5: Identificar a população de risco;

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

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Quanto a proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, no primeiro mês apenas 15(75,0%) estavam em dia, no segundo mês 31(96,9%) estavam em dia e no terceiro mês 36(83,7%). Estes resultados foram apresentados na figura 12.

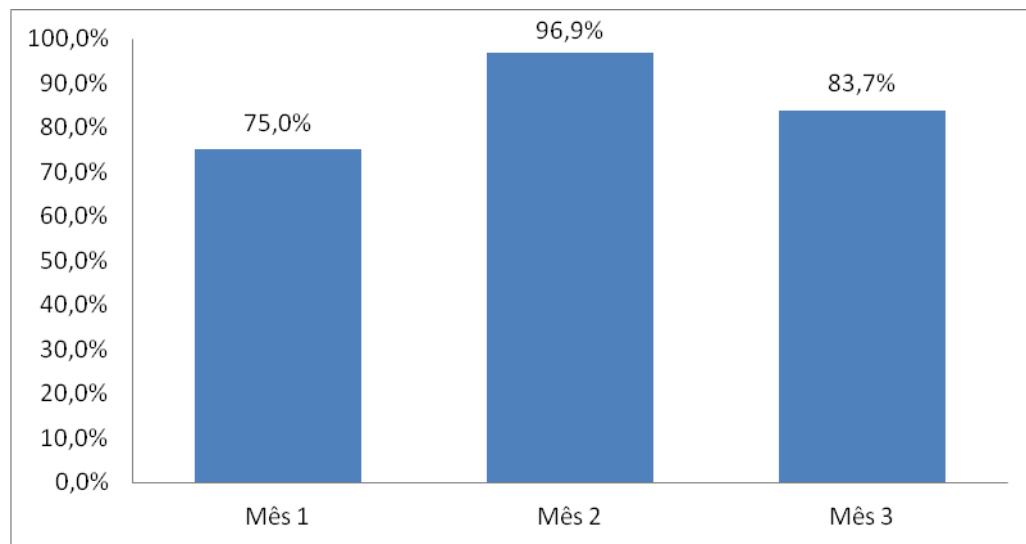


Figura 12: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.

Evidencia-se que apesar de não ter sido alcançado a meta de 100%, houve uma proporção de relevância, pois anteriormente esta atividade não era realizada por essa ESF. Esses níveis baixos podem ser explicados pelos atrasos na realização e entrega de resultados de exames. Apesar de todas as dificuldades em todas as consultas eram realizadas a estratificação de risco para doenças cardiovasculares.

Relativas ao objetivo 6: Realizar promoção da saúde.

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

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

À proporção de pacientes hipertensos que foram orientados sobre a alimentação saudável no primeiro mês foi de 63(91,30%), no segundo mês foi de 98(92,5%), no terceiro mês foi de 94(83,9%). Considerando a cobertura de hipertensos cadastrados, conseguimos alcançar os 100% desta orientação àqueles que estavam sendo acompanhados. Estes dados foram apresentados na figura 13.

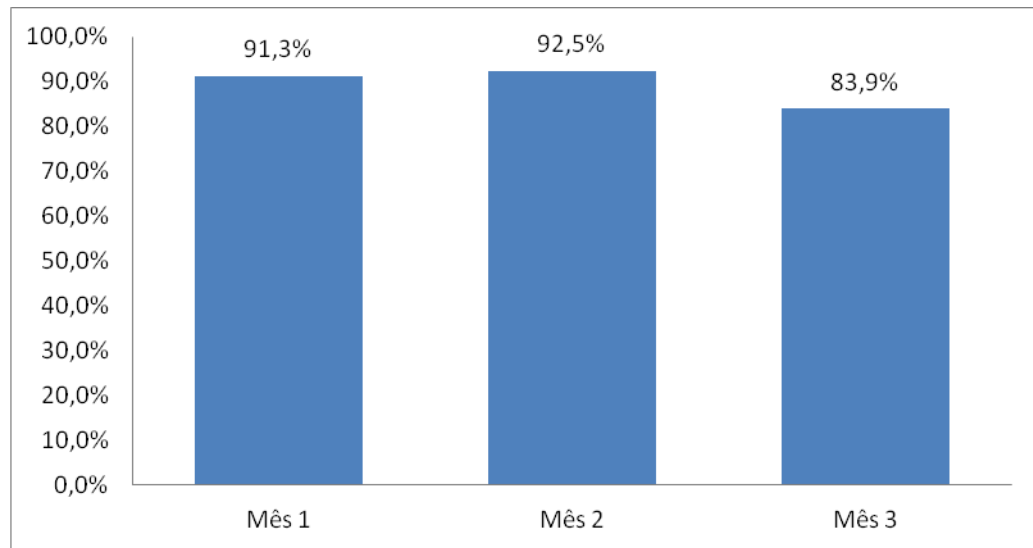


Figura 13: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.

Relativas ao objetivo 6: Realizar promoção da saúde.

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

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

Já a proporção de diabéticos que receberam as orientações sobre alimentação saudável no primeiro mês foi de 20(100%), no segundo mês foi de 20(96,9%) e no terceiro mês foi de 31(83,7%), conforme demonstra a figura 14. Considerando a cobertura para cada mês da intervenção 100% daquelas que estavam cadastrados foram orientados em relação a alimentação saudável e não houve dificuldade nesta ação.

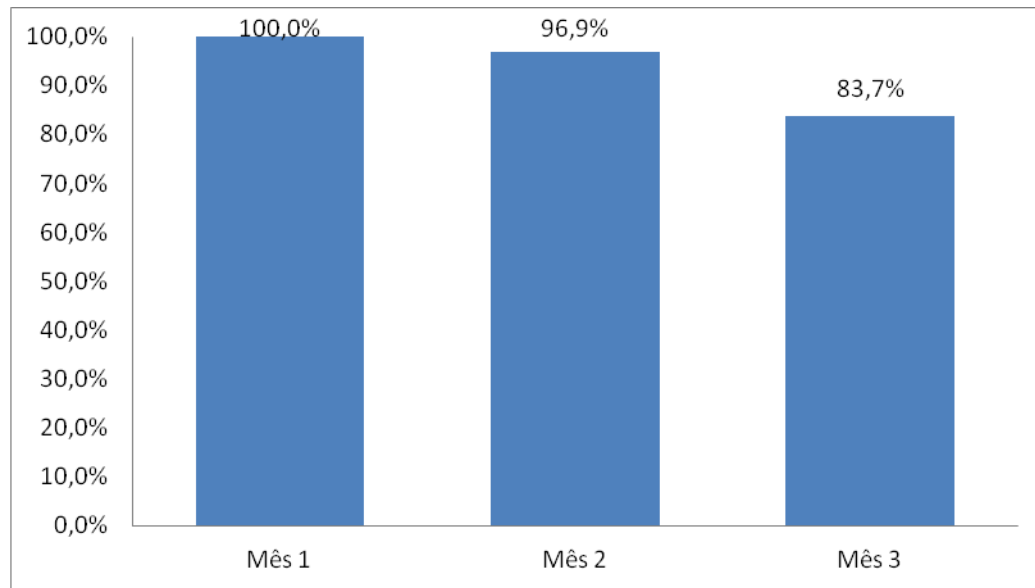


Figura 14: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.

Relativas ao objetivo 6: Realizar promoção da saúde.

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

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

À proporção de hipertensões que receberam orientações sobre a prática de atividade física no primeiro mês foi de 63(97,3%), no segundo mês foi de 98(92,5%), já o terceiro mês foram registrados apenas 94(83,9%) dos hipertensos. Estes resultados foram apresentados na figura 15.

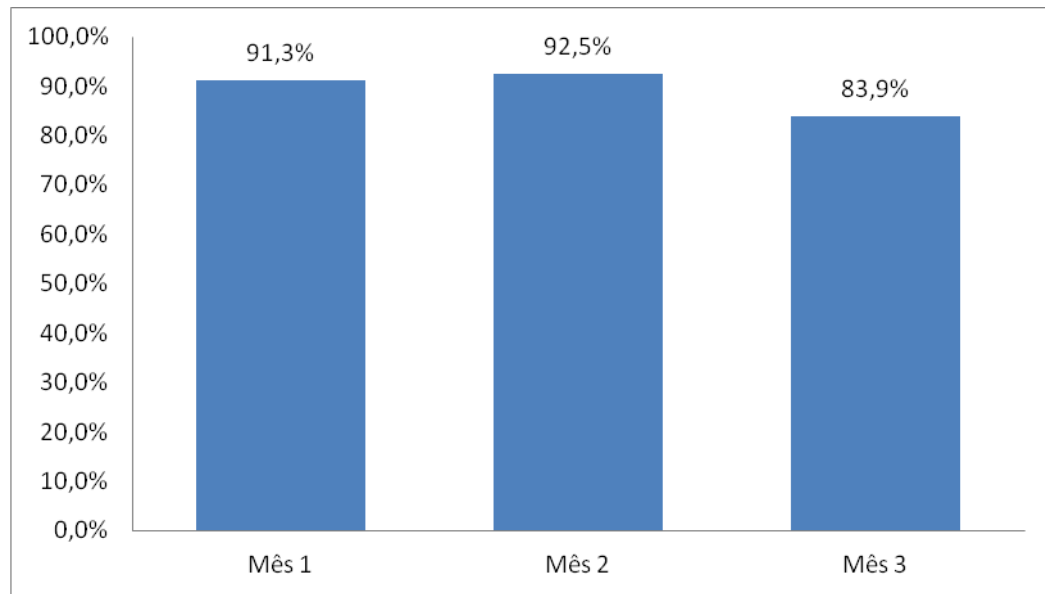


Figura 15: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.

Relativas ao objetivo 6: Realizar promoção da saúde.

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

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

À proporção de diabéticos que receberam orientações sobre a prática de atividade física no primeiro mês foi de 20(100%), no segundo mês foi de 31(96,9%), já no terceiro mês foram registrados 36(83,7%) dos diabéticos. Estes reustados foram apresentados na figura 16.

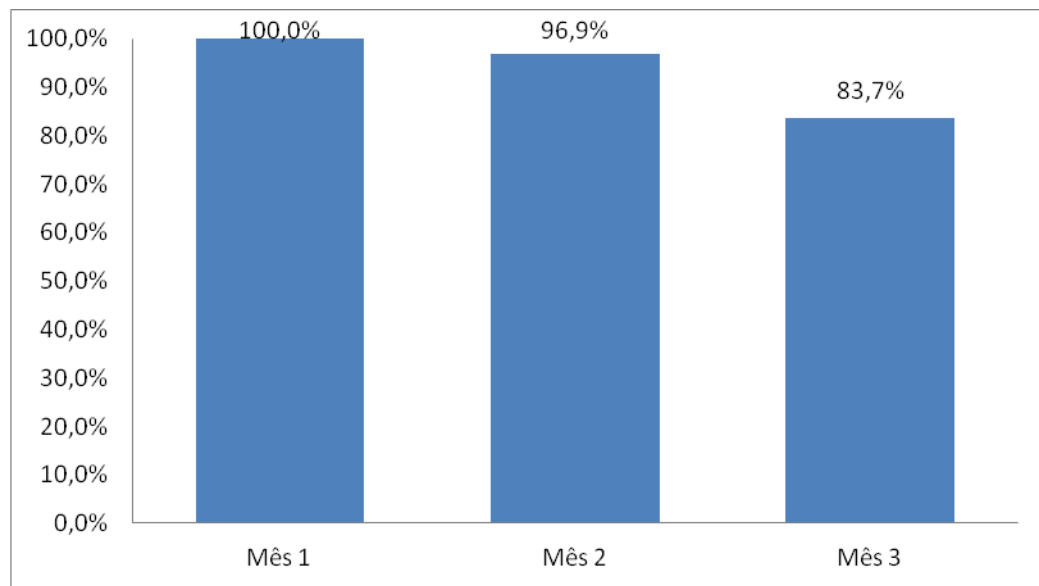


Figura 16: Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.

Relativas ao objetivo 6: Realizar promoção da saúde.

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

Indicador 6.5. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

À proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo no primeiro mês foi de 63(91,3%), no segundo mês representou 98(92,5%), e no terceiro mês foi de 94(83,9%), conforme demonstra a figura 17.

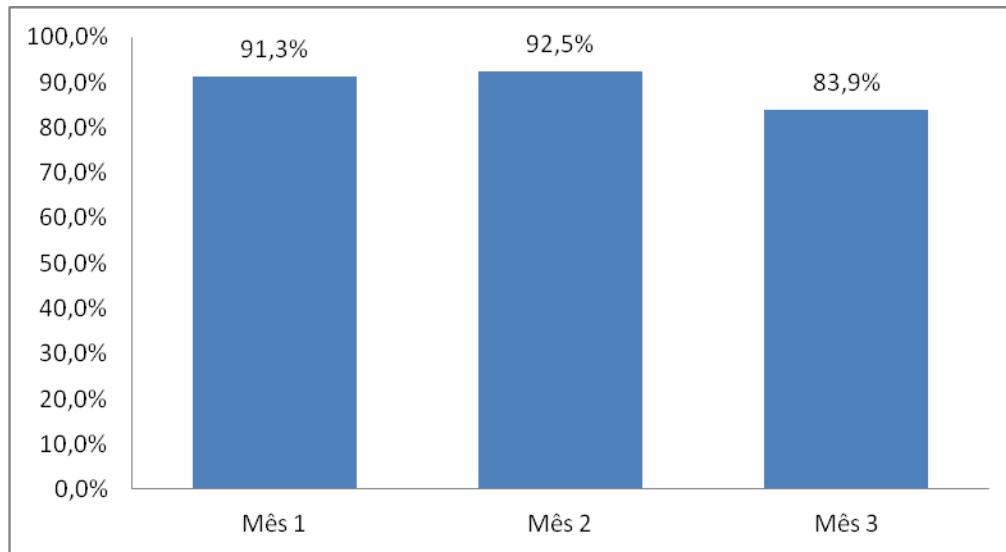


Figura 17: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.

Relativas ao objetivo 6: Realizar promoção da saúde.

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

Indicador 6.6. Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

À proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo no primeiro mês foi de 20(100%), no segundo mês representou 31(96,9%), e no terceiro mês foi de 30(83,7%). Estes dados foram demonstrados nos quais foram demonstrados na figura 18 abaixo.

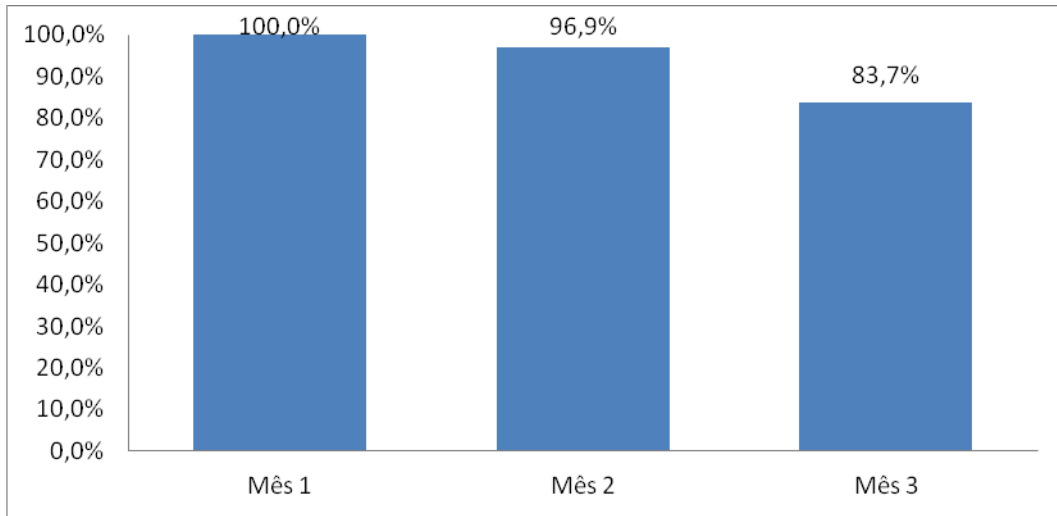


Figura 18: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.

Relativas ao objetivo 6: Realizar promoção da saúde.

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

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Destes pacientes 63(79,7%) hipertensos receberam orientações no primeiro mês sobre a cuidados com a saúde bucal, 98(86,8%) no segundo mes e 94(83,9%) no terceiro mês, estes dados foram apresentados na figura 19.

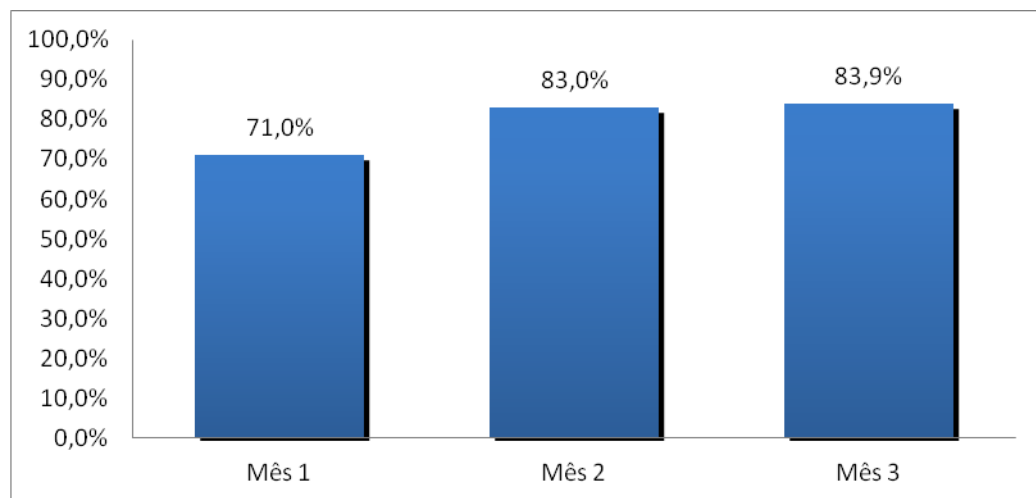


Figura 19: Proporção de hipertensos com orientação odontológica, na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.

Relativas ao objetivo 6: Realizar promoção da saúde.

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

Indicador 6.8: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Já os diabéticos no primeiro mês 17(85%) receberam tais orientações, no segundo mês 31(96,9%) e no terceiro mês 36(83,7%). Considerando a cobertura de cada mês pode-se considerar que estas metas atingiram 100% dos usuários cadastrados Estes dados foram apresentados na figura 20.

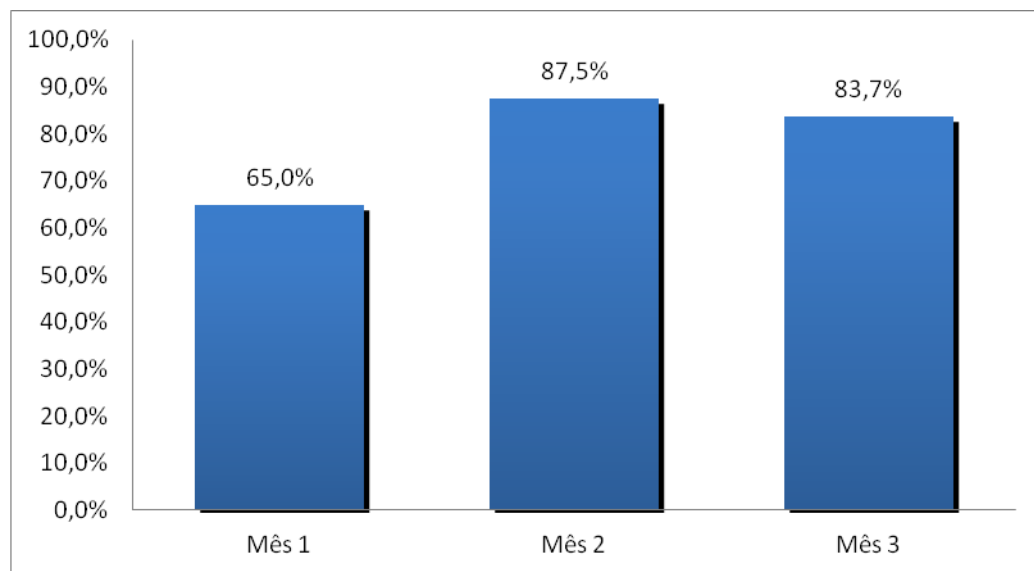


Figura 20: Proporção de diabéticos com orientação odontológica na Estratégia de Saúde da Família Mãe Sabina, Brasileira-PI, 2014.

Para realizar as atividades previstas para o alcance das metas supracitadas a equipe de saúde da família conseguiu alguns parceiros, entre eles se destacam o nutricionista e o educador físico do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), pois alizaram palestras sobre a importância do autocuidado, sobre a importância dos exercícios físicos e sobre a dieta adequada para a prevenção de agravos. Além disso, os profissionais fizeram atendimentos aos usuários hipertensos e diabéticos, o que proporcionou o atendimento multidisciplinar.

Desta forma, foi possível notar maior adesão dos pacientes hipertensos e diabéticos nas palestras educativas realizadas. Sendo assim, considerar-se o desenvolvimento deste projeto de intervenção impactante para as ações voltadas aos hipertensos e diabéticos da ESF em questão, pois trouxe melhorias na qualidade da assistência, bem como intervenções multiprofissionais e acompanhamentos que anteriormente não eram realizados (cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área, busca ativa dos faltosos, avaliação dos iscos cardiovasculares, palestras educativas, atendimento odontológico, dentre outras intervenções). No entanto, faz-se necessário a continuidade dessas ações para que posteriormente as metas sejam alcançadas, principalmente tomando como base as falhas, as dificuldades, a fim de propor novas estratégias e um consequente planejamento para alcançá-las.

Nesta perspectiva, a Equipe de Saúde da Família necessita continuar planejando suas estratégias de intervenção voltadas ao acompanhamento do Programa do Hiperdia para que as dificuldades sejam superadas e novos desafios sejam almejados, para isso considera-se o apoio dos gestores fundamental para que melhores estruturas físicas sejam oferecidas para o atendimento destes pacientes, bem como as dificuldades no transporte e na agilidade dos resultados dos exames laboratoriais sejam solucionadas.

Conclui-se que o acompanhamento do Hiperdia precisa ser qualificado e simplificado, de forma a facilitar o acesso dos pacientes e possibilitar a visualização longitudinal do mesmo pelos profissionais da equipe. Esperamos, também, que a equipe possa dar continuidade a este modelo de atenção longitudinal e integral, acrescentando cada vez mais esforços na abordagem multidisciplinar que estas morbidades requerem.

4.2 Discussão

O desenvolvimento do projeto de intervenção na Estratégia de Saúde da Família (ESF) Mãe Sabina do município de Brasileira/PI, propicio o cadastro dos diabéticos e hipertensos de sua área de abrangência, atividade nunca feita antes, atingido um total



de 88,2% dos hipertensos e 91,5% dos diabéticos foram cadastrados, sendo assim considera-se que houve uma ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos e conseqüentes melhorias dos registros.

Além disso, a equipe (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde) tiveram que se integrar e também ser capacitada para a execução das tarefas estabelecidas pelos objetivos do projeto de intervenção, seguindo as recomendações do Ministério da Saúde (MS) relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e do DM.

Desta forma, o médico da equipe ficou responsável pela consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificando possíveis lesões em órgãos-alvo e co-morbidades; solicitar exames complementares periódicos de acompanhamento; prescrever tratamento não-medicamentoso, programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente; Encaminhar às unidades de referência secundária e terciária as pessoas que apresentaram hipertensão arterial grave e refrataria ao tratamento, com lesões importantes em órgãos-alvo, com suspeitas de causas secundárias, bem como diabéticos com complicações crônicas, e aqueles que se encontraram em estado de urgência e emergência hipertensiva.

Em linhas gerais, competia ao enfermeiro atualizar semanalmente a planilha eletrônica para monitorização dos hipertensos e diabéticos; Capacitar os técnicos de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, orientando-os quanto à aferição correta da pressão arterial e a realização do hemoglicoteste de acordo com as recomendações do MS; Treinar dos ACS para informar os pacientes sobre a importância da realização dos exames de rotina, capacitando-os para que orientassem a periodicidade adequada das consultas e exames durante a busca ativa dos faltosos.

No tocante ao técnico de enfermagem eram atribuídas as funções de: Fazer o acolhimento dos pacientes na UBS; Monitorar mensalmente o cumprimento das consultas e exames clínico-laboratoriais de acordo com o protocolo do MS, identificando os faltosos; Verificar os níveis de pressão arterial, peso, altura, IMC e circunferência abdominal; orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de



vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira; cuidar dos equipamentos e solicitaram sua manutenção, quando necessária; orientar pacientes sobre a monitorização e a técnica de aplicação da insulina.

O profissional cirurgião dentista e a técnica em higiene bucal ficaram responsáveis por realizar o acompanhamento odontológico dos usuários hipertensos e diabéticos da área, porém este profissional por conta de licença médica teve que se afastar por três meses e não houve substituição. A ausência deste profissional impossibilitou todas as metas referentes a este tipo de acompanhamento.

Já as atividades realizadas pelos ACS eram cadastrar todos os hipertensos e diabéticos da área no programa do HIPERDIA; divulgar o programa e sua importância durante as visitas domiciliares; assim como a importância da realização dos exames de rotina, orientando a periodicidade adequada das consultas e exames durante a busca ativa dos faltosos; verificar o comparecimento dos pacientes diabéticos e hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde; realizar busca ativa dos faltosos, por meio de visita domiciliar quinzenal ou mensal, de acordo com o número identificado de faltosos.

Neste sentido, é importante mencionar que anteriormente todas as atividades de atenção ao Hipertenso e ao Diabético concentravam-se nas ações médicas. Nesta perspectiva com a intervenção foi possível rever tal atuação e também ampliar as competências de cada membro da equipe para que estes se tornassem cada vez mais colaboradores ativos. Desta forma, com o reconhecimento do papel de cada membro da UBS em questão houve melhorias significativas no registro e no agendamento dos hipertensos e diabéticos, que por sua vez otimizou a agenda para a atenção a demanda espontânea.

Sendo assim, o impacto da intervenção é percebida na comunidade, visto que os indicadores de cobertura demonstraram boa adesão dos diabéticos e dos hipertensos ao programa. Essa adesão e outros indicadores que demonstraram-se próximo ou igual meta foram facilitados pelo apoio dos gestores, pela comunicação entre a equipe e pelo treinamento oferecido. Também houve uma boa articulação com a comunidade, onde os ACS foram importantes neste processo, por meio de divulgação da intervenção, para



explicar a importância do acompanhamento pelo programa do HIPERDIA, pelas buscas ativas e também pelo cadastro de novos pacientes, bem como reforça a sua presença nas reuniões, consultas e palestras.

Pensando nestas e em outras melhorias alcançadas com a intervenção, se eu fosse realizá-la neste momento não faria diferente em nenhuma das atividades programadas, pois toda equipe seguiu as recomendações do médico em relação as suas tarefas e por meio do planejamento das ações conseguimos alcançar a maioria das metas estabelecidas.

Desta forma, com a boa participação da equipe na execução das tarefas a intervenção foi facilmente incorporada à rotina do serviço e da comunidade, o que nos proporciona a certeza que mesmo após a minha saída elas continuaram sendo executadas. Sendo assim, os próximos passos será ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorizar atenção aos hipertensos e diabéticos, com um olhar especial para aqueles de alto risco. Tal ampliação será realizada pelo enfermeiro e médico durante as consultas e também pelos ACS durante as visitas domiciliares. Também pretendemos alcançar a meta de 100% de cobertura.

Notasse que outros serviços já incorporaram as ações estabelecidas com a intervenção, pois duas ESF do município já adotaram as fichas e as metas.

Assim que os gestores tomarem conhecimento dos nossos indicadores através da apresentação deste TCC, tenho certeza que ficaram satisfeitos e irão investir na parceria com a equipe para continuar ampliando o Programa do hiperdia, bem como outros programas, tão quanto importantes, como por exemplo, o Programa do Pré-natal. Contudo, foi possível identificar o quanto é possível melhorar o serviço em questão, pois a equipe é muito participativa, os gestores também colaboram e a população anseia por mais melhorias. Sendo assim, iremos realizar uma intervenção no Programa de Pré-natal e também no Programa de Puericultura.



4.3 Relatório de intervenção para a comunidade

Agradeço e dedico este relatório a toda à comunidade do município de Brasileira/PI, por isso, percebo a importância de prestar esclarecimentos sobre as atividades vivenciadas nestes três meses de intervenção.

Após a análise situacional da ESF de Brasileira quanto à atenção aos hipertensos e/ou diabéticos realizada durante as tarefas do projeto de intervenção, identifiquei que um dos problemas enfrentados pela população adscrita no território de abrangência da unidade era a baixa adesão dos usuários as ações de promoção à saúde e também aos serviços oferecidos. Diante disso, foi realizado um planejamento de uma intervenção para melhorar a adesão dos usuários ao Programa Hiperdia. Então, os ACS começaram as visitas domiciliares para comunicar e estimular esses usuários a participação nos encontros e reuniões programadas pelos profissionais da unidade de saúde, bem como estimulavam a população a ser acompanhada pela ESF em questão. Para tal, foi realizada a capacitação dos profissionais da equipe, bem como foi pactuada a logística do trabalho de campo para as ações de promoção da saúde.

Desta forma, após os três meses da intervenção podemos perceber que os objetivos inicialmente propostos, de cadastra 80% dos hipertensos e diabéticos da ESF foram cumpridos, e que provavelmente trouxeram melhorias da adesão ao tratamento, e consequentes melhorias nas suas condições de saúde, tais como: realização de exames complementares periodicamente, protocolos para estratificação de risco cardiovascular, receberam orientações quanto a mudanças nos hábitos de vida (tais como alimentação saudável, quanto a prática de exercícios físicos regulares, foram desencorajar o uso de álcool e tabagismo), busca ativa dos faltosos e realização de palestras educativas acerca dos sinais e sintomas das doenças e suas complicações. Nesse sentido, houve qualificação da atenção prestada pelos profissionais da UBS aos usuários hipertensos e/ou diabéticos, pois o tema passou a receber destaque no dia a dia dos profissionais e da população. Espera-se que a comunidade se aproprie da proposta e contribua com sua continuidade e aperfeiçoamento por meio da sua



assiduidade nas consultas e atividades programadas, onde os ACS terão um papel de divulgação e estimulação desta participação.

4.4 Relatório de Intervenção para os Gestores

Aos gestores de Brasileira/PI gostaria de agradecer e dedicar este documento como forma de subsidiar o planejamento de ações e estratégias para melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos deste município, bem como garantir uma saúde de qualidade, melhorando com isso a satisfação da população assistida.

Os gestores terão um instrumento nunca feito antes em relação à saúde da sua população com objetivos, metas e ações planejadas que por sua vez geraram indicadores que respaldam a construção de mudanças. Além disso, vale ressaltar que os profissionais da equipe de saúde da família foram capacitados e esclarecidos sobre o acompanhamento do Programa do Hiperdia de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde, os quais após esta capacitação promoveram o cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família (USF).

Promoveu-se também atendimento clínico-terapêutico aos pacientes, bem como educação em saúde através de orientações dispensadas em palestras para a comunidade, as quais foram realizadas pelo médico e pelo enfermeiro da equipe, nutricionista, dentista e educador físico da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), estando todos vinculados ao município em questão. Essas atividades chamam a atenção para a importância da integração dos serviços para uma ampliação da atenção a saúde dos hipertensos e dos diabéticos.

Como contribuição direta aos gestores é importante destacar que 88,2% dos hipertensos e 91,5% dos diabéticos da área de cobertura da unidade de saúde foram cadastrados no Programa do Hiperdia. Além disso, foi utilizada uma planilha de dados eletrônica onde constam os dados de todos os usuários atendidos pelo programa. Este instrumento disponibilizado pelo Curso de Especialização em Saúde da Família possibilitou o acompanhamento e monitorização sobre a frequência dos usuários a



ação programática, medicamentos utilizados, exames realizados e outros dados referentes à promoção da saúde, tais como: avaliação odontológica dos pacientes, orientação nutricional sobre alimentação saudável, orientação em relação à prática de atividade física regular; orientação sobre os riscos do tabagismo.

Essas atividades propiciaram uma maior aproximação dos membros da ESF com a comunidade assistida e com os reais problemas de saúde enfrentados por ela. Para que fossem desenvolvidas as ações do Hiperdia foi necessária uma parceria e colaboração de toda a equipe.

Embora tenhamos nos deparado com muitas dificuldades, foi possível manter um acompanhamento regular dos pacientes, todavia a demora nos resultados dos exames, a ausência de outras opções de especialidades médicas no município, a falta de material e também manutenção precária dos equipamentos, bem como a distância entre as localidades de atendimento da zona rural, não foram obstáculos para atrapalhar o êxito das ações desenvolvidas nesta intervenção.

Desta forma, fica evidente que priorizar a continuidade das intervenções, ou seja, possibilitar que a ação programática do hiperdia se consolide como rotina do serviço é uma tarefa essencial para os gestores bem como para os membros da equipe de saúde da família, em virtude de se destinarem a melhorar o atendimento e o tratamento de pacientes portadores de HAS e DM, pois estas duas patologias, segundo dados do MS (2001) representam fatores de riscos para complicações crônicas.



5. Reflexão Crítica da Intervenção

Ao começar a trabalhar na atenção básica pude confrontar-me com pensamento repassado ainda na graduação do curso de medicina a respeito do planejamento de uma intervenção na atenção básica e pude entender a funcionalidade dos serviços públicos a atenção aos clientes hipertensos e diabéticos, onde me deparei com uma realidade não especificada na teoria, tais como: falta de estrutura nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), falta de recursos humanos e materiais, dentre outros problemas.

No entanto, o desafio de oferecer suporte de qualidade de vida para uma população com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e com Diabetes Mellitus (DM) da área de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) por meio de uma atenção adequada a estes clientes, juntamente com a atenção para a magnitude e a severidade dos seus problemas funcionais, é imperativo para o desenvolvimento de políticas sociais e de saúde factíveis e condizentes com as reais necessidades das pessoas com essas patologias.

Desta forma, é importante considerar que as necessidades de saúde destes clientes requer uma atenção específica que pode evitar altos custos para o Sistema de Saúde e, sobretudo, proporcionar melhores condições de saúde a essas pessoas. No entanto, entende-se que estas mesmas necessidades precisam ser adequadamente identificadas e incorporadas em novas práticas de saúde, para além do modelo biomédico essencialmente curativo e centrado no profissional, e não no cliente. Tais práticas requerem a voz e a participação ativa destes clientes no movimento de construção e efetivação das leis e políticas sociais e de saúde que viabilizem o viver



com essas patologias com qualidade de vida.

Sendo assim, algumas inquietações acerca das atuais políticas dirigidas aos Hipertensos e Diabéticos nos levam a indagar quais são as reais necessidades deles, que critérios são utilizados para defini-las e como satisfazê-las adequadamente. De que modo os profissionais da saúde estão se preparando/capacitando para cuidar deles, e, principalmente, se tem sido oportunizado a esses clientes desenvolver autonomia e independência. Algumas dessas inquietações foram respondidas no decorrer do projeto de intervenção, porém outras ainda continuam sem resposta, pois tais inquietações requerem a busca por mudanças estruturais e por políticas possíveis e factíveis, as quais responderão pela melhoria da qualidade de vida dos idosos.

Outro ponto a ser considerado diz respeito às ações educativas desenvolvidas neste projeto de intervenção, as quais podem ser consideradas como alternativas importantes para assegurar a autonomia e independência destes clientes, como também o conviver com essas patologias com qualidade de vida. No modelo vigente da ESF em questão partimos de um modelo assistencial que privilegiava as ações curativas e centradas no atendimento médico, segundo uma visão estritamente biológica do processo saúde-doença para uma atenção voltada à promoção e prevenção da saúde.

Portanto, fica evidente que esse modelo condiciona a educação em saúde para ações que visam a modificar as práticas dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais, mediante a prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento, através de orientações do médico, da enfermeira, da nutricionista, do educador físico, do dentista, enfim de uma equipe multiprofissional para propor atividades participativas, particularmente a formação de grupos para o Programa do Hiperdia.



Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial**. – Brasília: Ministério da saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica**. Brasília: Ministério da saúde, 2013.

CARVALHO, D. Hipertensão e Diabetes. **Revista Factores de Risco**, São Paulo, v. 22, p. 50-4, jul-set. 2011. Disponível em:< <http://www.spc.pt/DL/RFR/artigos/356.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2014.

Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 2010. Disponível em<[www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Documentos/MS/Rel Diabetes 2010.pdf](http://www.portugal.gov.pt/pt/GC18/Documentos/MS/Rel_Diabetes_2010.pdf)>. Acesso em: 16 de out.

ROESE, A.; et al. Perfil de Hipertensão Arterial Sistêmica e de Diabetes Mellitus a partir de Bases de dados nacionais em municípios de pequeno porte no Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. APS**: 2011.

Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD). **Tratamento e acompanhamento do Diabetes Mellitus, Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. 3ª ed. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica; 2009.



ANEXO



**Departamento de
Medicina Social**
Universidade Federal de Pelotas





Ministério da
Saúde



Anexo 1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Faculdade de Medicina
Especialização em Saúde da Família
Turma VI
Ficha de acompanhamento individual Frente

MS T6_Unidade_2: Fichas esp... x FICHA ESPELHO HAS E DI x

file:///C:/Users/cliente/Downloads/FICHA%20ESPELHO%20HAS%20E%20DI.pdf



Especialização em Saúde da Família
 Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa ___/___/____ Número do Prontuário: _____ Cartão SUS _____

Nome completo: _____ Data de nascimento: ___/___/____

Endereço: _____ Necessita de cuidador? () Sim () Não

Nome do cuidador _____ Telefones de contato: _____/_____/_____

Tem HAS? () Sim () Não Tem DM? () Sim () Não Tem HAS e DM? () Sim () Não Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não

Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura: _____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

Medicações de uso contínuo		FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS	
Data	Apresentação	Data	
	Hidroclorotiazida 25mg		Glicemia de Jejum
	Captopril 25mg		HGT
	Propranolol 40 mg		Hemoglobina glicosilada
	Enalapril 10 mg		Colesterol total
	Atenolol 25 mg		HDL
	Metformina 500 mg		LDL
	Metformina 850 mg		Triglicerídeos
	Glibenclâmida 5mg		Creatinina Sérica
	Insulina NPH		Potássio sérico
			Triglicerídeos
			EQU
			Infecção urinária
			Proteinúria
			Corpos cetônicos
			Sedimento
			Microalbuminúria
			Proteinúria de 24h
			TSH
			ECG
			Hemograma
			Hemácrito
			Hemoglobina

FICHA ESPELHO HA...pdf

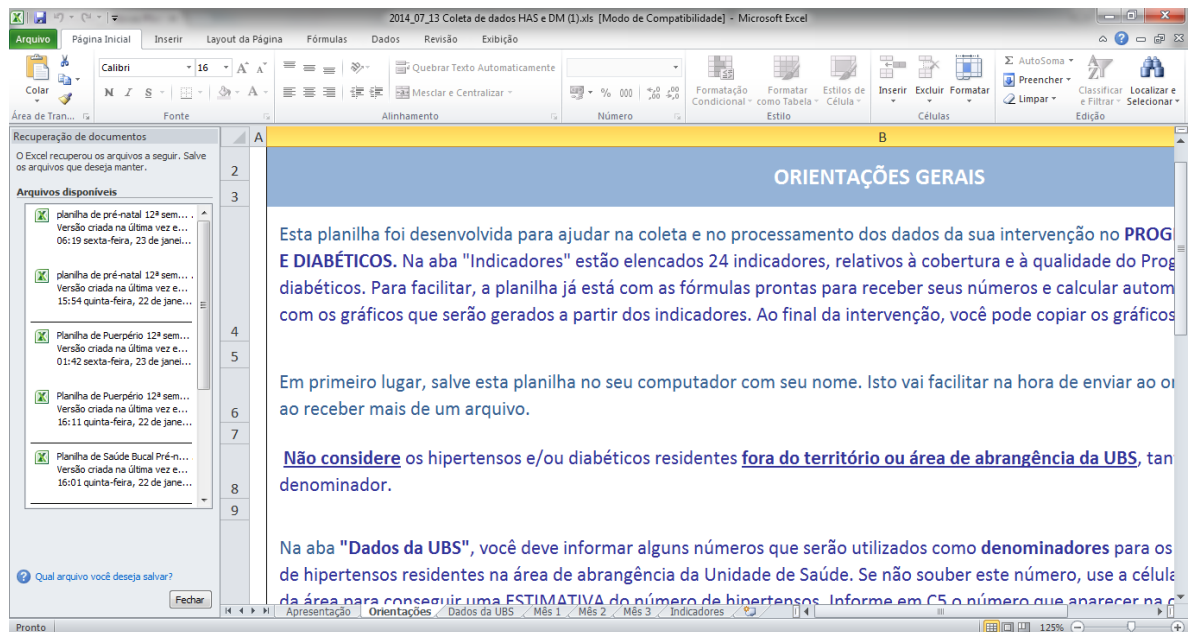
Mostrar todos os downloads...

Anexo 1
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Faculdade de Medicina
Especialização em Saúde da Família
Turma VI
Ficha de acompanhamento individual Verso

file:///C:/Users/cliente/Downloads/FICHA%20ESPELHO%20HAS%20E%20E%20DM.pdf

CONSULTA CLÍNICA												
Data	Profissional que atendeu	Pressão arterial (mmHg)	Peso (kg)	IMC (kg/m ²)	Estratificação de risco		Exame dos pés (normal ou alterado)	Exame físico (normal ou alterado)	Orientação nutricional	Orientação atividade física	Orientação sobre tabagismo	Data da próxima consulta
					Framingham (Baixo/Moderado/Alto)	Lesões órgão alvo (descrever)						

Anexo 2
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Faculdade de Medicina
Especialização em Saúde da Família
Turma VI
Planilha de coleta de dados



Anexo 3
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Faculdade de Medicina
Especialização em Saúde da Família
Turma VI
Comitê de Ética em Pesquisa



**Departamento de
Medicina Social**
Universidade Federal de Pelotas



Ministério da
Saúde





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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval
Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPel

