

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE A DISTÂNCIA
TURMA 4**



Trabalho de Conclusão de Curso

**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E/OU DIABETE MELLITUS NA UNIDADE DE SAÚDE UMBARÁ,
CURITIBA, PR.**

DIONEIA DOBROWOLSKI KOVALSKI

Pelotas, 2014.

DIONEIA DOBROWOLSKI KOVALSKI

**MELHORIA DA ATENÇÃO AOS PORTADORES DE HIPERTENSÃO ARTERIAL
SISTÊMICA E/OU DIABETE MELLITUS NA UNIDADE DE SAÚDE UMBARÁ,
CURITIBA, PR.**

Trabalho acadêmico apresentado ao
Curso de Especialização em Saúde
da Família-Modalidade a Distância -
UFPEL/UNASUS como requisito
parcial para a obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Camila Dallazen

Pelotas, 2014.

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

K88m Kovalski, Dioneia Dobrowolski

Melhoria da atenção aos portadores de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabete mellitus na Unidade de Saúde Umbará, Curitiba, PR / Dioneia Dobrowolski Kovalski; Camila Dallazen, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2014.

80 f. : il.

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

1.Saúde da família 2.Atenção primária à saúde 3.Doença crônica
4.Diabetes mellitus 5.Hipertensão I. Dallazen, Camila, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a minha mãe ao meu esposo e minhas filhas, cujo incentivo foi fundamental para que essa etapa fosse concluída e a todos os usuários que servem de inspiração cada dia no crescimento e qualificação médica.

AGRADECIMENTOS

Agradeço inicialmente a toda a equipe da Unidade de Saúde Umbará e, principalmente, aos integrantes da equipe dois, sem a participação dos quais nada teria sido realizado.

Agradeço também às orientadoras que me incentivaram durante o curso e sem as quais este projeto não seria concluído.

E, sobretudo, agradeço a todos os usuários que atendo diariamente e que me incentivam a ser melhor médica a cada dia.

RESUMO

KOVALSKI, Dioneia Dobrowolski; **Melhoria da Atenção aos Portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na Unidade de Saúde Umbará, Curitiba, PR. 2014.**77f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, RS.

Este trabalho versa sobre a Melhoria do Programa de Atenção aos usuários com Hipertensão e/ou Diabetes da equipe 2 da Unidade de Saúde Umbará, na cidade de Curitiba, capital do Paraná. Antes da escolha desse foco de intervenção foi realizada uma análise situacional de todos os programas realizados na Unidade de Saúde e percebeu-se esse como prioritário para a realização das mudanças. Esta decisão de escolha do assunto a ser abordado, coube à equipe que apontou como prioridade. Em seguida realizou-se um planejamento das ações a serem realizadas, com cronograma pré-definido. O período de intervenção foi de 07 de abril a 11 de julho de 2014, totalizando 16 semanas. Temos na área de abrangência um total de 743 hipertensos e 261 diabéticos, tivemos uma cobertura de 175 (23,6%) de hipertensos e 81(31%) de diabéticos cadastrados durante a intervenção. Os objetivos principais eram: ampliar a cobertura à hipertensos e diabéticos, melhorar a adesão do usuário hipertenso e diabético ao programa, melhorar a qualidade de atendimento, melhorar o registro das informações, mapear os pacientes de risco para doença cardiovascular e promover a saúde do hipertenso e diabético. Para isso foram estabelecidas diversas metas. Os eixos que nortearam as ações da intervenção foram: Qualificação da prática clínica; monitoramento e avaliação; organização e gestão de serviço e engajamento público. Nesse período foram realizadas capacitações para a equipe de saúde em relação aos protocolos municipais de hipertensão e diabetes, e capacitação quanto à abordagem mínima do tabagismo, intensificou-se a busca ativa a usuários faltosos, foi realizada consultas médicas e odontológicas para os usuários desse grupo, além-orientações individuais com orientações de alimentação saudável, prática de atividade física, malefícios do tabagismo, importância do uso correto das medicações e acompanhamento regular e da necessidade de cuidados com a saúde bucal. Todos os atendimentos foram registrados em planilha específica para posterior análise dos indicadores obtidos. Após o período de intervenção as ações foram incorporadas à rotina do serviço, objetivando manter uma boa qualidade de atendimento à população citada.

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

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na US.....	45
Figura 2 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na US.....	45
Figura 3 – Proporção de hipertensos sem acompanhamento conforme o protocolo, com busca ativa.....	47
Figura 4 – Proporção de diabéticos sem acompanhamento conforme o protocolo, com busca ativa.....	47
Figura 5 – Proporção de hipertensos com exame clínico em dia conforme o protocolo.....	48
Figura 6 – Proporção de diabéticos com exame clínico em dia conforme o protocolo.....	49
Figura 7 – Proporção de hipertensos com exames complementares em dia conforme o protocolo.....	50
Figura 8 – Proporção de diabéticos com exames complementares em dia conforme o protocolo.....	51
Figura 9 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.....	52
Figura 10 – Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular.....	53
Figura 11 – Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	54
Figura 12 – Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	54
Figura 13 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	55
Figura 14 – Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	56
Figura 15 – Proporção de hipertensos com avaliação odontológica em dia.....	57
Figura 16 – Proporção de diabéticos com avaliação odontológica em dia.....	57
Figura 17 – Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	58
Figura 18 – Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre	

alimentação saudável.....	59
Figura 19 – Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.....	60
Figura 20 – Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.....	61
Figura 21 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	62
Figura 22 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	62

LISTA DE ABREVIATURAS

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

CAPS: Centro de Apoio Psicossocial

CRAS: Centro de Referência e Assistência Social

CLS: Conselho Local de Saúde

DM: Diabetes Mellitus

ESF: Estratégia Saúde da Família

HAS: Hipertensão Arterial Sistêmica

MS: Ministério da Saúde

NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família

SUS: Sistema Único de Saúde

US: Unidade de Saúde

SUMÁRIO

Apresentação.....	10
1 Análise Situacional.....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia Saúde da Família.....	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
2 Análise Estratégica.....	19
2.1 Justificativa.....	19
2.2 Objetivos e Metas.....	20
2.2.1 Objetivo Geral.....	20
2.2.2 Objetivos Específicos.....	20
2.2.3 Metas.....	21
2.3 Metodologia.....	23
2.3.1 Ações.....	23
2.3.2 Indicadores.....	31
2.3.3 Logística.....	36
2.3.4 Cronograma.....	39
3 Relatório da Intervenção.....	40
4 Análise da Intervenção.....	44
4.1 Resultados.....	44
4.2 Discussão.....	63
4.3 Relatório para os gestores.....	65
4.4 Relatório para a comunidade.....	67
5 Reflexão sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	70
Bibliografia.....	71
Apêndices.....	72
Anexos.....	76

APRESENTAÇÃO

O presente volume consta de cinco capítulos que retratam de forma sequencial as ações realizadas e os resultados obtidos na Unidade de Saúde Umbará com o objetivo de promover a melhoria do programa de Hipertensão e Diabetes. Os capítulos em sequencia são Análise Situacional, Análise Estratégica, Relatório da Intervenção, Análise da Intervenção e Reflexão sobre o processo individual de aprendizagem. Em seguida consta a Bibliografia que serviu de suporte ao trabalho e são apresentados os apêndices com os materiais utilizados pela especializanda.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da Estratégia Saúde da Família

Trabalho como médica da Estratégia Saúde da Família (ESF) há um ano em uma Unidade de Saúde (US) do Município de Curitiba, Unidade de Saúde Umbará em uma região da cidade em que 100% das equipes são ESF, em um bairro denominado Bairro Novo. Na minha Unidade de Saúde há três equipes constituídas por um Médico, um Enfermeiro, quatro Auxiliares de Enfermagem e quatro Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Há também três equipes de Saúde Bucal. A Unidade de Saúde funciona no período das 7h às 19h.

Atualmente estamos com as equipes incompletas, pois temos vários casos de licença para tratamento de saúde. Cada equipe é responsável por quatro micros áreas.

Contamos também com o apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), com psicólogo, fisioterapeuta, farmacêutico, nutricionista e educador físico. Essa equipe auxilia outras três US.

No período da manhã são feitos os atendimentos de usuários pré-agendados não pertencentes aos programas (em média quatro vagas para cada médico) e aqueles da demanda espontânea (10 vagas por médico), conforme a necessidade são atendidos ou pré-agendados para outros dias. O pré-agendamento pode ser feito também na recepção da US.

No período da tarde são atendidos os programas de pré-natal, puericultura, hipertenso e diabético, além das visitas domiciliares. As reuniões de equipe são quinzenais nas sextas-feiras.

A vinculação ao pré-natal é feita pela enfermeira. Temos uma maternidade de referência Maternidade do Bairro Novo, e quando temos Gestantes de alto risco são encaminhadas para pré-natal com obstetra em conjunto com o acompanhamento na US, e em Hospital de referência o nosso é o Hospital Evangélico. Gestantes faltosas são resgatadas por busca ativa.

Temos um programa bem ativo para as mulheres, dedicamos o mês de outubro para incentivo da realização de seus exames preventivos, mas mesmo durante os outros meses do ano seus exames de mama e o exame de colón de útero, são agendados e realizados conforme o protocolo e quando os resultados não são satisfatórios fazemos a busca das mesma e os devidos encaminhamentos.

O programa de atenção aos hipertensos e diabéticos é constituído pelas consultas médicas e por orientações individuais realizadas pelos auxiliares de enfermagem, enfermeira e ACS, que convidam os usuários periodicamente, para reavaliação da adesão ao tratamento, orientações nutricionais e atividade física e avaliação da saúde bucal.

A puericultura é feita com auxílio dos auxiliares de enfermagem e da enfermeira, sendo cada semana do mês destinada para uma micro área. Nesse momento é realizada a avaliação antropométrica, avaliação das queixas, orientações quanto à amamentação e introdução da alimentação complementar, prescrição de vitaminas segundo o protocolo e avaliação das imunizações. Os retornos são mensais. E a avaliação do RN também é realizada nesse período.

As visitas domiciliares são precedidas por uma breve reunião de equipe em que são definidas as visitas do dia e são discutidos os casos relevantes. Dá-se prioridade aos usuários acamados.

O programa saúde na escola tem sido feito principalmente pela equipe de saúde bucal e pelos auxiliares de enfermagem, conforme as diretrizes do Ministério da Saúde (MS).

A unidade tem uma boa estrutura, mas ainda faltam salas para realização atendimentos dos profissionais dos NASF. Há também falta freqüente de medicamentos, o que por diversas vezes faz com que os usuários mais carentes interrompam o tratamento. O fato de a equipe ser incompleta sobrecarrega ao atendimento e dificulta o trabalho, mas o resultado final tem sido positivo, pois a equipe é bastante comprometida.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Brasil é um país com aproximadamente 200 milhões de habitantes segundo dados do censo do IBGE 2010, assumiu o desafio de ter um sistema universal público e gratuito de saúde. É neste contexto que encontramos Curitiba, capital do Paraná, estado da região sul do país.

Curitiba tem em torno de 1800000 habitantes segundo dados do censo do IBGE 2010, completou neste ano 321 anos, têm uma rede de saúde bastante complexa, com nove distritos que se dividem em cento e nove unidades de saúde, sendo cinquenta e cinco de Estratégia de Saúde da Família e as demais, Unidades Básicas. Temos também o atendimento de urgência a Unidade de Pronto Atendimento da Saúde as UPA. Que são no número de oito. Temos onze CAPS, Centro de Atendimento Saúde Mental, Cinco centros de especialidades, dois hospitais municipais e um laboratório. Fazem parte desta rede a rede contratada, com cinquenta clínicas, nove hospitais de especialidades, vinte e três policlínicas, quarenta e dois serviços de apoio diagnóstico terapêutico.

Com mais de sete mil e quinhentos funcionários da saúde. Podemos observar que esta rede foi construída por décadas e que apresenta uma quantidade grande de pessoas capacitadas, mas muito ainda por fazer.

Apresentam grandes desafios, quanto ao acesso, resolutividade, humanização, segurança do atendimento. Necessita da eficiência e agilidade e transparência na execução dos recursos financeiros. O aprimoramento na gestão Inter federativa do SUS, e novas relações com a região metropolitana. Implementação de todas as redes de atenção, garantindo atenção primária especializada e hospitalar.

A Unidade de Saúde Umbará, localizada no bairro Umbará, no extremo sul da cidade, atende parte da população deste bairro, sendo a outra parte atendida pela Unidade de Saúde Umbará II.

O histórico de ocupação do Umbará data de 1880, com a chegada de imigrantes europeus, especialmente italianos e poloneses, que iniciaram suas atividades econômicas locais, produzindo vinho e plantando erva-mate. No século XIX é autorizada a construção da igreja do bairro, inaugurada em 1897. Em 1930 uma nova atividade comercial inicia-se e se mantém até hoje com a construção da

primeira olaria. Quanto à renda da população, quase metade da população recebe de dois a cinco salários mínimos, e em torno de vinte por cento possui renda de até dois salários mínimos. Quanto à escolaridade em torno de vinte e cinco por cento dos responsáveis dos domicílios possuem menos de três anos de escolaridade, e quarenta e cinco por cento de quatro a sete anos de escolaridade. Das famílias atendidas na Unidade de Saúde Umbará, sessenta e três famílias são beneficiadas pelo Programa Bolsa Família.

Na década de setenta ocorreu um segundo momento de ocupação, com a imigração de famílias do interior do Paraná após a geada de 1975, que dizimou as plantações de café do norte do estado deixando muitos deslocados.

Com relação ao saneamento básico, um terço dos moradores possui fossa séptica e sistema de esgoto direto em rios e lagos.

Com relação aos serviços públicos, na comunidade temos além da Unidade de Saúde, duas escolas, sendo uma municipal e outra estadual. Um centro de referência de assistência social CRAS. Um armazém da família que oferece produtos por um preço mais acessível para a população mais carente. Existe também uma creche conveniada com o município. Três igrejas evangélicas e uma capela católica onde se realizam atividades coletivas das equipes do NASF Núcleo de Apoio a Saúde da Família e ESF Estratégia de Saúde da Família.

A área de abrangência conta com uma praça com uma quadra poliesportiva asfaltada, uma cancha de areia, uma pista de caminhada, e uma academia ao ar livre de ginástica para terceira idade, localizada as margens de um rio.

A área de risco desta comunidade é a ferrovia, com ocupação irregular à sua margem, mas esta sendo negociado um processo de desocupação.

As lideranças comunitárias são as que compõem o Conselho Local de Saúde, CLS, as quatro associações de moradores, o Conselho de Segurança Conseg, e um representante da comunidade católica.

Pelo fato de estar localizado no extremo sul da cidade apresenta uma das maiores áreas verdes por metro quadrado da capital por habitantes, é um a região prioritária de crescimento de Curitiba e o Umbará é o nono bairro que mais cresceu em termos populacionais na última década.

A Unidade de saúde Umbará, Unidade de ESF, possui 2508 famílias cadastradas, que totalizam uma população de 8714 pessoas, sendo uma população de 4176 homens e 4538 mulheres. A distribuição por faixa etária evidencia maior

número de adultos entre 20 e 59 anos, cinqüenta e oito por cento (5054 pessoas). As crianças e adolescentes até 19 anos representam trinta e quatro por cento da população (3012 pessoas), e os idosos acima de 60 anos representam oito por cento da população (648 pessoas).

Temos três equipes, composta por um médico, um dentista, uma enfermeira, quatro auxiliares de enfermagem, um técnico de saúde bucal, dois auxiliares de saúde bucal e três agentes de saúde, em uma das equipes não temos o técnico de saúde bucal e temos quatro agentes de saúde nesta equipe, e temos apenas dois dentistas no momento um está afastado por motivos de doença na família. A equipe do NASF é composta por Educador físico, farmacêutica (licença médica), fisioterapeuta (licença prêmio), nutricionista e psicóloga (assumiu nova função a partir de julho, estamos sem psicóloga). Temos ainda um agente administrativo, uma gestora (autoridade sanitária) e duas funcionárias de serviços gerais.

Em relação à estrutura física, temos três consultórios médicos, uma sala da gestora, uma sala de vacina, um sanitário para deficiente, duas salas de pré-consultas, um consultório de enfermagem, uma sala que funciona como farmácia, uma sala de curativo e coleta de material, um sanitário feminino e um masculino; uma sala de inalação, um consultório odontológico (com três cadeiras, duas odontológicas, e uma que é usada pelo técnico de higiene dental), uma sala de expurgo, uma sala de administração, um almoxarifado, dois sanitários para funcionários, uma sala de reunião, uma sala de esterilização, uma sala de guardar materiais esterilizados, uma lavanderia, uma cozinha-copa. Além disso, temos ainda o espaço saúde, que é uma sala com cozinha e banheiro, utilizada para reuniões e atividades coletivas.

A faixa etária da população do bairro é jovem, sendo que mais de 60% dos moradores possui idade inferior a 40 anos (IBGE, 2010), Quanto à saúde do idoso já é possível observar um aumento no número de idosos, especialmente o atendido pelos US da região tem 648 idosos, sendo 342 mulheres e 306 homens, 644 considerados ativos no trimestre, ou seja, uma média de 215 ao mês. Não temos um programa específico do idoso, eles são atendidos na livre demanda ou agendados quando se faz necessário.

As pessoas com doenças crônicas são as mais acompanhadas pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), especialmente hipertensos e

diabéticos, pois há protocolos específicos que atribuem metas de acompanhamento através do número de consultas (médicas e de enfermagem) de acordo com o risco de cada paciente. Mas não temos tido ações periódicas de ações coletivas de educação em saúde com a ESF e com o apoio do NASF, relacionadas com hipertensão e diabete, e temos um número grande de inativos nos programas, sendo considerado hoje pela equipe o maior problema da US Umbará. A cobertura do programa de hipertenso e diabético na população da área de abrangência é de 8,52% e de DM é de 2,98%. Ou seja, temos 743 hipertensos cadastrados e 261 diabéticos no programa de HAS e DM. Pela análise situacional verificamos que existe um número elevado de casos não diagnosticados, assintomáticos, ou que não sejam dependentes do Sistema Único de Saúde. Precisamos ampliar o acolhimento ao hipertenso e diabético. O que preocupa a equipe de saúde da Unidade de Saúde Umbará é a adesão da população alvo atualmente atendido na UBS. Temos 229 hipertensos inativos e 81 diabéticos inativos. O que representa 30,8% de hipertensos cadastrados faltosos e 31% de diabéticos faltosos.

No caso de tuberculose o acompanhamento é muito próximo, com medicação supervisionada e em alguns casos, visitas domiciliares, e busca ativa no caso de abandono do tratamento. Assim como nos casos de hanseníase.

Quanto à saúde materno-infantil: Curitiba apresenta uma das mais baixas taxas de mortalidade infantil do país, fruto de um sistema de vigilância complexo e bem articulado. A Unidade de Saúde Umbará não apresentou no ano de 2012 nenhum caso de óbito de menores de um ano tem 148 crianças menores de um ano, sendo 55 meninas e 93 meninos, e um atendimento mensal de 120 crianças, funciona o programa da criança, e elas são atendidas mensalmente pelo médico e enfermeiro alternadamente. Crianças com até um ano de vida com esquema vacinal em dia apresentam valores diferenciados de acordo com cada vacina nos relatórios disponíveis na US Umbará. Da população alvo de 148 crianças menores de um ano os números apresentam cobertura superior a 40% nos primeiros cinco meses do ano, na maioria das vacinas na seguinte ordem BCG (56,11%), Meningo C (45,33%), Rotavírus (44,6 %), Pneumo 10 valente (42,45%), Pentavalente (41,73%), e Sabin (29,46%).

A proporção de gestantes que tiveram sete ou mais consultas no pré-natal é de 91%, valor acima da média do município que foi de 86,4% no primeiro quadrimestre de 2013.

Quanto a faixa de mulheres de 25 a 64 anos, temos 2246 sendo que em 2013, 251 já realizaram seus exames preventivos de Papanicolau e mamografia, no primeiro semestre de 2013.

Quanto aos procedimentos dentários de janeiro a julho de 2013, tivemos 136 consultas agendadas, 1032 escovações supervisionadas, 434 tratamentos concluídos, 27 consultas de urgência, 17 gestantes atendidas, 52 encaminhamentos para atenção secundária e 22 diagnóstico de alterações da mucosa, os dados são do SIAB 2013.

Curitiba passou por um momento de transição recentemente no seu prontuário eletrônico, principal fonte de dados para se verificar a procura pelos serviços de saúde, alguns relatórios ainda não estão disponíveis no novo sistema, no último mês na US Umbará a maior procura foi pelo serviço de coleta de exames representando 28,5% dos procedimentos realizados no período, seguido pelas consultas médicas com 20% (infelizmente sem caracterização do CID nos relatórios disponíveis). Relatórios de anos anteriores para o mesmo mês apresentam como principais queixas: Doenças das vias aéreas superiores com 4,44%, rinite alérgica 2,79%, amigdalite 2,66%, bronquite 2,03% e conjuntivite 1,77%. Dados esperados devido ao clima frio que se intensifica nessa época do ano, devendo ser orientado medidas como hidratação, cuidado com alimentação e arejamento dos ambientes.

As causas de morbidade hospitalar e mortalidade: Os dados disponíveis são de 2011, os dados de 2012 ainda não foram apresentados, e só estão disponíveis separados por regionais administrativas. A regional Bairro Novo onde está situada a US Umbará, teve proporcionalmente 5,8% das causas morte no período. No município de Curitiba no ano de 2011 as cinco principais causas foram: Infarto agudo do miocárdio, Diabetes mellitus, disparo de arma de fogo, outras doenças pulmonar obstrutiva crônica e doença isquêmica do coração. Os dados referentes aos internamentos hospitalares de idosos apresentam como principal causa: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestório e outras causas externas.

O cuidado domiciliar é feito por todos os membros da equipe, havendo uma listagem de usuários que necessitam desse tipo de cuidado. Mesmo os que não são considerados acamados e que em algum momento apresentam alguma limitação temporária, são assistidos como usuários em pós-operatório.

Em relação à qualificação profissional há acesso, embora deva haver maior

incentivo. A Prefeitura oferece bolsa de estudo em algumas faculdades e cursos técnicos para os funcionários que desejam se qualificar.

São realizadas reuniões quinzenais de equipe, onde são abordados diversos temas, e às vezes com mini curso de capacitação da equipe.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA: PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes melito (DM) são uns dos mais relevantes problemas de saúde pública do país. A HAS tem prevalência entre 20% da população adulta conforme citação do protocolo 2004 de hipertensão da Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba e é também um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de aterosclerose, está associada ao comprometimento renal, vascular periférico e cardiovascular. Quanto à diabetes melito a prevalência tem aumentado ao longo do tempo e alcança hoje proporções epidêmicas (ADA, 2008), acomete 35 milhões de pessoas nas Américas e a expectativa é ultrapassar os 65 milhões em 2025 segundo citação das Diretrizes de Atenção à Pessoa com Diabetes melito tipo 2, de Curitiba 2010. A Unidade de Saúde Umbará, possui 2508 famílias cadastradas que totalizam uma população de 8714 pessoas, sendo que 58% (5054 pessoas) são adultos entre 20 e 59 anos, os idosos acima de 60 anos representam 8% da população (648 pessoas) e as crianças e adolescentes até 19 anos 34% (3012 pessoas).

A cobertura do programa de hipertenso e diabético na população da área de abrangência é de 8,52% hipertensos e de diabetes é de 2,98%. Ou seja, temos 743 hipertensos cadastrados e 261 diabéticos no programa de HAS e DM. Pela análise situacional verificamos que existe um número elevado de casos não diagnosticados, assintomáticos, ou que não sejam dependentes do Sistema Único de Saúde. Precisamos ampliar o acolhimento ao hipertenso e diabético. O que preocupa a equipe de saúde da Unidade de Saúde Umbará é a adesão da população alvo atualmente atendido na UBS. Temos 229 hipertensos inativos e 81 diabéticos inativos. O que representa 30,8% de hipertensos cadastrados faltosos e 31% de diabéticos faltosos. Pretendemos agendar a consulta para estes faltosos e fazer a busca domiciliar através das agentes de saúde comunitária. Já ofertamos o programa do HAS e DM, e eles são atendidos na demanda diária, mesmo não sendo dia de programa. As principais dificuldade e limitações têm a

ver com os registros, prontuários, demanda, motivação da equipe, abstinência de profissionais ao trabalho causando prejuízo a equipe.

A HAS e DM representam cada vez mais um grande desafio aos sistemas de saúde. Com o aumento da expectativa de vida, temos um número maior de idosos onde a prevalência de HAS e DM são ainda maiores. Tanto a HAS como o DM são entidades clínicas multifatoriais relacionadas á elevação dos índices de morbimortalidade. As relações e interações de HAS e DM, com outros problemas cardiovasculares, renais, vasculares, aterosclerótico, doença arterial periférica, tem sólidas bases epidemiológica sendo a relação entre eles grande fator de risco. A principal estratégia para o manejo da HAS e do DM assim como de seus fatores de risco é o processo de educação através da qual se permitirá mudanças de comportamento com ênfase no autocuidado.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar o acolhimento ampliando a cobertura e qualificando o atendimento dos hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde Umbará, no bairro Umbará na cidade de Curitiba.

2.2.2 Objetivos específicos

- 1) Ampliar a cobertura á atenção á saúde de hipertensos e diabéticos.
- 2) Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.
- 3) Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e diabético.
- 4) Melhorar o registro das informações referentes ao hipertenso e diabético.
- 5) Fazer o mapeamento de hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.
- 6) Promover a saúde dos hipertensos e diabético.

2.2.3 Metas

Para atingir o objetivo de ampliar a cobertura:

1.1 Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde.

1.2 Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade de saúde.

Para melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa:

2.1 Buscar 50% dos hipertensos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

2.2 Buscar 50% dos diabéticos faltosos as consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Para Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e diabético:

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

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

2) Garantir a realização de 100% dos exames complementares.

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

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

3) Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100 % dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde e o mesmo para os diabéticos.

3.5. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100 % dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

3.6. Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100 % dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Para melhorar o registro das informações:

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

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

Para fazer o mapeamento de hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares:

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.

Para promover saúde aos hipertensos e diabéticos:

6.1. Garantir neste período 30% de avaliações odontológicas a hipertensos.

6.2. Garantir neste período 30% de avaliações odontológicas a diabéticos.

- 6.3. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100 % dos hipertensos.
- 6.4. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100 % dos diabéticos.
- 6.5. Garantir orientação sobre a prática de atividades física regular a 100% dos hipertensos.
- 6.6. Garantir orientação sobre a prática de atividades física regular a 100% dos diabéticos.
- 6.7. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.
- 6.8. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de quatro meses na Unidade de saúde Umbará. Incluiremos todos os hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de abrangência da equipe 2 e cadastrados no Programa de hipertensão/diabetes da Unidade. Serão utilizados como protocolos os protocolos municipais de hipertensão e diabetes.

As ações para o alcance das metas serão:

Objetivo 1: Ampliar a cobertura á hipertensos e/ou diabéticos

No eixo de monitoramento e avaliação

Será monitorado o número de adultos com 18 anos ou mais de idade submetidos a rastreamento para HAS, periodicamente, assim como o número de adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg submetidos a

rastreamento para DM e o número de hipertensos e/ou diabéticos cadastrados (em relação aos rastreados).

Detalhamento: aferir a pressão arterial de todos os usuários acima de 18 anos durante as visitas à US. Em caso de aumento dos níveis, solicitar controle ambulatorial da pressão e agendar consulta médica para avaliação. Orientar todos os usuários rastreados a voltar anualmente para reavaliação e solicitação de exames, se necessários.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço

Será melhorado o acolhimento para usuários com hipertensão e diabetes, garantido material adequado para tomada da pressão arterial, garantido o registro de hipertensos e diabéticos no programa e será priorizado o atendimento dos adultos hipertensos e/ou diabéticos sem acompanhamento há mais de um ano, especialmente os de maior risco para Doenças Cardiovasculares.

Detalhamento: tratar os usuários com respeito, ouvindo suas queixas e dando os encaminhamentos possíveis naquele momento, seja através de orientações, agendamento de consulta no dia para queixas agudas e agendamento programado conforme protocolo. Revisar periodicamente os materiais disponíveis, solicitando aferição periódica e troca ou reparo dos aparelhos com defeito. Convocar para atendimento prioritariamente os usuários sem acompanhamento há mais de um ano, criando espaços na agenda para que seja garantido atendimento.

No eixo de Engajamento Público

Será orientada a comunidade sobre a importância da realização da medida da pressão arterial após os 18 anos de idade e sobre a necessidade de rastreio para diabetes em adultos com pressão arterial sustentada maior que 130/85, além de orientar para os fatores de risco para desenvolvimento de hipertensão e/ou diabetes. Além disso, será informado a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da US bem como esclarecer sobre a atenção prioritária aos adultos hipertensos e/ou diabéticos sem acompanhamento há mais de um ano.

Detalhamento: essas orientações à comunidade serão feitas em sala de espera ou em atividades em grupo programadas. Essa ação é fundamental para que

os usuários entendam o princípio da equidade (dar atendimento prioritário aos que mais precisam naquele momento).

Na qualificação da prática clínica

Será capacitada a equipe da US para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito. E serão capacitados os ACS para o cadastramento e busca de hipertensos e/ou diabéticos de toda área de abrangência e toda equipe será capacitada para acolher a demanda desses usuários.

Detalhamento: as capacitações ocorrerão durante as reuniões de equipe, usando como subsidio os protocolos do município de Curitiba. Capacitar a equipe para que entenda as prioridades e faça os agendamentos como tal. Orientar e incentivar os ACS a fazer a busca ativa, disponibilizando para eles os dados dos usuários que precisam ser rastreados.

Objetivo 2: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

Para melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa será feita busca de 50% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos às consultas conforme periodicidade recomendada e de 50% dos hipertensos e/ou diabéticos faltosos à realização de exames complementares conforme periodicidade recomendada.

No eixo de Monitoramento e Avaliação será monitorado o cumprimento da periodicidade das consultas e de realização de exames complementares previstos no protocolo. Isso será feito através da análise do prontuário eletrônico e das fichas-espelho.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço serão realizadas visitas domiciliares para busca de faltosos do programa ou com exames fora da periodicidade recomendada organizando a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

No eixo de Engajamento Público serão feitas ações para informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, assim como ouvi-la sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e/ou diabetes e esclarecer os portadores de hipertensão e/ou diabetes e a comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas. Dar ênfase a esses assuntos durante as visitas domiciliares dos ACS e do restante da equipe.

Esclarecer desde o início do acompanhamento dos programas sobre a periodicidade dos exames e consultas e da importância de se seguir os protocolos.

Na qualificação da prática clínica serão treinados os ACS para a orientação de hipertensos e/ou diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e diabético.

Para melhorar a qualidade de atendimento ao hipertenso e diabético na US serão capacitados 100% dos profissionais no atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético conforme protocolo municipal e realizado exame clínico apropriado em 100% das consultas. Outras metas para chegar a esse fim são a solicitação de exames complementares periódicos em 100% dos usuários, garantir tratamento medicamentoso para 100% dos usuários com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

No eixo de Monitoramento e Avaliação, serão realizadas as seguintes ações: monitorar a abrangência da capacitação entre os profissionais da US, a realização de exame clínico apropriado de 100% dos usuários acompanhados na US, o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na US, o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço buscaremos organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela US, estabelecendo periodicidade para atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na US. Serão definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e/ou diabéticos. Será garantida busca a usuários que não realizaram exame clínico apropriado organizando a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. E a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Será realizado controle de estoque de medicamentos, mantendo um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na US. Será priorizado o atendimento dos usuários de alto risco, organizando a agenda para o atendimento desta demanda. Planeja-se fazer um

cronograma com datas para as capacitações. Definir as atribuições dos profissionais conforme protocolo municipal. Buscar os usuários que não foram submetidos aos exames, organizando as agendas de forma que possam ser atendidos. O controle dos medicamentos já é feito e a quantidade de medicamentos pode ser vista no prontuário eletrônico para que possamos saber se o medicamento a ser prescrito está disponível na US naquele momento.

No eixo de Engajamento Público as ações serão no sentido de orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes destas doenças. Serão feitas orientações quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso, quanto a importância do adequado controle destas doenças, quanto aos fluxos de acesso ao atendimento especializado, sobre a necessidade de registro escrito do atendimento realizado na atenção especializada e sobre o retorno do usuário para a US após o atendimento especializado. Orientar os usuários sobre os seus direitos para que possam cobrar dos profissionais que os assistem. Orientar os usuários referenciados a outros níveis que o seu local de tratamento básico é a US e que é fundamental manter o seu acompanhamento perto de casa. Orientá-los para que cobrem dos serviços especializados a contrarreferência para que o médico da US fique sabendo dos tratamentos que está realizando fora.

No eixo de qualificação para a prática clínica a equipe será capacitada para realizar o diagnóstico e manejo do usuário hipertenso e/ou diabético de acordo com o protocolo adotado pela US, para a realização de exame clínico apropriado, para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas e para seguir o protocolo adotado na US para solicitação de exames complementares. Serão realizadas ações para atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão e/ou diabetes. A equipe será capacitada para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. Serão feitas capacitações visando a identificação dos casos descompensados ou com necessidade de encaminhamento para atendimento em outros níveis de atenção. Os ACS serão capacitados para a busca ativa dos usuários encaminhados e que não retornaram à US. Enfatizar com todos os profissionais a importância da realização dos exames para o reconhecimento precoce de complicações. Incentivar que esses exames sejam registrados em prontuário. Continuar buscando prescrever

medicamentos que estejam acessíveis para os usuários, obtendo assim uma melhor adesão. Caso não haja por qualquer motivo a medicação na US os usuários são orientados a procurar as farmácias conveniadas ao programa do governo federal “Aqui tem farmácia popular” para que consigam adquirir seus medicamentos nesses locais. Orientar a equipe sobre as metas de tratamento conforme cada grupo de risco para que seja reconhecido, o descompensado e priorizado seu atendimento.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações referentes ao hipertenso e diabético.

Visando melhorar o registro das informações será mantida ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na US.

No eixo de Monitoramento e Avaliação a ação será monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na US. Observar com critério os registros realizados e propor melhorias para os profissionais que registram as informações.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço as ações serão no sentido de manter as informações do SIAB atualizadas, implantar planilha/registro específico de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações, definir o responsável pelo monitoramento registros e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença. O SIAB é alimentado periodicamente. Não existe uma planilha específica, mas os dados são obtidos com facilidade de relatórios gerados pelo prontuário eletrônico. Periodicamente os enfermeiros de cada equipe analisam os relatórios, o que possibilita saber quais usuários está em atraso em relação a consultas e exames, além de saber a estratificação de risco a que pertencem. A estratificação de risco é feita sempre que é inscrito um usuário nos programa de HAS/DM, pois é mandatório pelo sistema para que as informações sejam gravadas.

No eixo de Engajamento Público os usuários e a comunidade serão orientados sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Os usuários devem ser orientados que podem ter acesso aos dados registrados tanto para levar para outros profissionais como para fins previdenciários e judiciais.

Na qualificação da prática clínica a ação será treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e/ou diabético. Capacitar os profissionais nas reuniões de equipe e orientar sobre a importância do registro correto das informações.

Objetivo 5: Fazer o mapeamento de hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

Com objetivo de mapear os hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular será realizada estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na US periodicamente (pelo menos uma vez ao ano) e avaliado o comprometimento de órgãos alvo em 100% dos hipertensos e diabéticos de alto risco.

No eixo de Monitoramento e Avaliação as ações serão monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano e o número de hipertensos de alto risco com avaliação de comprometimento de órgãos-alvo. É importante rever se os usuários estão sendo reclassificados periodicamente. Isso será possível através da análise do prontuário. Existe um campo no prontuário eletrônico para esses registros. É importante incentivar a equipe para que faça adequadamente esses registros para que possamos ter uma ideia melhor da situação de nossos usuários.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço as ações serão priorizar a avaliação de comprometimento de órgãos alvo para usuários avaliados como de alto risco, dispor de recursos humanos e materiais para avaliação de comprometimento de órgãos alvo e organizar a agenda para o atendimento desta demanda. Isso já tem sido feito na medida do possível, mas precisa ser reforçado. É importante que esses usuários sejam priorizados, tenham um acompanhamento mais próximo e que a agenda esteja aberta para essas situações. A equipe precisa ser treinada e incentivada a realizar corretamente a avaliação de comprometimento de órgãos alvo.

No eixo de Engajamento Público serão orientados os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular das lesões de órgão alvo e esclarecê-los quanto à importância do adequado controle de fatores de risco. Outra ação será mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização de recursos para a avaliação de comprometimento de órgãos alvo. Também serão orientados os usuários de alto risco e a comunidade sobre a importância do acompanhamento regular. Essa ação

deve ser mais bem trabalhada nas reuniões de grupo. Os usuários são orientados sobre a importância dos exames complementares e do exame clínico para avaliação de lesões em órgãos alvo. É fundamental orientar a população nas consultas e nas atividades em grupo quais são as medidas para prevenir as lesões. É fundamental incentivar a comunidade para cobrar dos gestores soluções caso tenham dificuldades para o agendamento dos procedimentos necessários.

No eixo de qualificação da prática clínica será capacitada a equipe para realizar avaliação de comprometimento de órgãos alvo e para a importância do registro desta avaliação. Além disso, será buscado sensibilizar a equipe para o acompanhamento de todos os usuários de alto-risco e capacitar a equipe para a importância de manter registros atualizados. Esse será um dos temas dos assuntos que serão discutidos durante as reuniões de equipe.

Objetivo 6: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

Com o objetivo de promover a saúde de hipertensos e diabéticos será garantida consulta periódica com dentista a 30% dos usuários hipertensos e diabéticos, orientação nutricional sobre alimentação saudável e sobre a realização de prática de atividade física regular a 100% dos usuários hipertensos e/ou diabéticos. Além disso, buscaremos garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários que fumam.

No eixo de Monitoramento e Avaliação monitoraremos a realização de consultas periódicas anuais com o dentista em 30% dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na US, a realização de orientação nutricional e de orientação para atividade física em 100% dos hipertensos e/ou diabéticos e da realização de orientação sobre riscos do tabagismo a 100% dos usuários que fumam e que são acompanhados na US.

No eixo de Organização e Gestão do Serviço as ações serão organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético, estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico e demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes usuários. Além disso, serão organizadas práticas coletivas sobre alimentação saudável e orientação de atividade física. Será feito em acordo com os profissionais da odontologia.

No eixo de Engajamento Público serão buscadas parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde,

mobilizando a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista. Serão orientados hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável e para prática de atividade física regular, assim como sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Na qualificação da prática clínica capacitaremos a equipe para a avaliação e tratamento bucal do usuários hipertenso e diabético, sobre práticas de alimentação saudável, metodologias de educação em saúde, promoção da prática de atividade física regular e para o tratamento de usuários tabagistas. A equipe de saúde bucal já é bastante capacitada. Precisamos apenas envolvê-la mais nas atividades programadas.

2.3.2 Indicadores

Para monitorar o alcance das metas, utilizaremos os seguintes indicadores:

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde.

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

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

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde.

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

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

Indicador: Proporção de hipertensos faltosos com busca ativa.

de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertenso faltoso á consulta médica.

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

Indicador: Proporção de diabéticos faltosos com busca ativa.

de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos faltosos á consulta médica.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com exames clínicos em dia de acordo com protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com exames clínicos em dia de acordo com protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exames complementares em dia.

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exames complementares em dia.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos, da lista Hiperdia ou da Farmácia popular.

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

Denominador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Indicador: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos, da lista Hiperdia ou da Farmácia popular.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Indicador: Proporção de hipertenso com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

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

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

Indicador: Proporção de diabético com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

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

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

Indicador: Proporção de hipertenso com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabético com avaliação odontológica.

Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

Numerador: Número de hipertensos que receberam orientações sobre a prática de atividades física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

Numerador: Número de diabéticos que receberam orientações sobre a prática de atividades física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertenso que receberam orientação sobre o tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de diabético que receberam orientação sobre o tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Sobre a adoção de protocolos e registros para realizar a intervenção no programa de hipertensão arterial sistêmica e diabetes vamos adotar o protocolo de Hipertensão da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba de 2004 e o protocolo de Diabetes Mellito tipo 2 da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba de 2010. Utilizaremos o prontuário eletrônico do município que tem os dados de hipertensos e diabéticos disponíveis da Unidade de Saúde Umbará. O prontuário não prevê o acompanhamento de saúde bucal estas serão monitoradas com o auxílio dos auxiliares de saúde bucal e técnicos de saúde bucal da equipe. As atividades coletivas que também não estão previstas no prontuário terão registro no livro de registro já existente na unidade de saúde.

Planejamos alcançar com a intervenção 50% dos hipertensos e 50% dos diabéticos inativos do grupo que é usuário do SUS isto representa 114 hipertensos e 40 diabéticos já inscritos no programa, e ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos de pelo menos 5% isto representa 55 hipertensos cadastrados e 13 novos diabéticos cadastrados. Já conversamos com a gestora local para que através dos agentes de saúde comunitária, levem oferta de data e horário de consulta agendada para usuários inativos. O acompanhamento dos programas será feito bimestralmente e serão utilizados para tanto a planilha eletrônica já existente para coleta dos dados. O prontuário eletrônico já traz o registro específico do programa, sendo que a Enfermeira fará a impressão bimestral do mesmo, no qual faremos o monitoramento, e avaliação dos novos índices, após a intervenção observando as metas alcançadas.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS). Assim começaremos a intervenção com a capacitação sobre o protocolo de Hipertensão e Diabete, para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada trinta minutos de três reuniões de equipe, semanais, e será ministrada pelo Médico e pela Enfermeira.

Para melhorar a qualidade do atendimento do usuário hipertenso e diabético atendido na Unidade de Saúde Umbará em reunião geral da equipe realizada a cada quinze dias solicitarão que cada profissional dentro de sua especificidade (médicos, enfermeiras, auxiliares de enfermagem, equipe do NASF), avalie, verifique a pressão arterial, solicite os exames complementares do protocolo, trabalhe condições de hábitos de vida. Reforçaremos com a equipe médica a proposta de prescrição de medicamentos do SUS e através do controle dos medicamentos feito pelo auxiliar de enfermagem, garantiremos os medicamentos de hipertensão e diabete para pelo menos 65% dos pacientes hipertensos e diabéticos. Solicitaremos ainda que observem a estratificação de risco segundo o escore Framingham.

Para viabilizar a ação de acolhimento do hipertenso e diabético, este serão realizado por auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos. Semanalmente a enfermeira agendará consulta pra os usuários hipertensos e diabéticos do programa que estejam inativos. O agente comunitário de saúde fará a busca de todos os hipertensos e diabéticos. Ao fazer a busca já agendará o hipertenso e diabético para um horário de sua conveniência, este agendamento será passada para a enfermeira que fará o registro no prontuário eletrônico.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas de hipertensão e diabete, não há a necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento.

Para sensibilizar a comunidade, esclareceremos sobre a importância da realização do tratamento de hipertensão e diabete e sobre as facilidades de realizá-los na UBS. Esclareceremos a população sobre a atenção prioritária e a importância do rastreamento para adultos com PA maior 135/80 mmHg. Estas ações terão a participação da equipe. Informaremos a comunidade sobre a importância do

acompanhamento regular da hipertensão e do diabete assim como da importância da aferição dos valores da hipertensão.

Para capacitar a equipe, teremos a participação dos enfermeiros que capacitarão os agentes de saúde comunitária em curso no espaço saúde de duas horas, orientando o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda a área de abrangência assim como a periodicidade das consultas dos usuários. A equipe do NASF capacitará a equipe para o controle de fatores de risco modificáveis isto ocorrerá em reunião geral da equipe realizada a cada quinze dias na unidade de saúde, em dois encontros de trinta minutos, destacando práticas de alimentação e atividades físicas.

Para promover a saúde em negociação com os profissionais da odontologia e gestora garantiremos 30% de avaliações odontológicas para hipertensos e 30% de avaliações odontológicas para diabéticos. Conforme o protocolo todos os diabéticos deveriam ser avaliados anualmente. E ainda na promoção de saúde garantiremos a orientação nutricional sobre alimentação saudável e atividade física para 30% dos diabéticos e hipertensos, atividade realizada na sala de espera em conjunto com enfermeiros, médicos e equipe do NASF.

Para avaliar os resultados após o bimestre faremos a estimativa de ações realizadas por período de tempo e periodicidade, podendo retomar ações se necessário.

O educador físico vai elaborar um folder convidando os usuários para a prática de atividade física.

Vamos solicitar a Secretaria Municipal de saúde folder sobre alimentação saudável.

3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

Após as 16 semanas de intervenção, se faz necessário fazer uma revisão das ações realizadas em comparação com as ações previstas.

Já no início da intervenção percebemos um interesse da equipe de participar, a gestora reuniu a equipe do NASF solicitando o apoio do educador físico e da nutricionista. O educador físico apresentou para a equipe, a importância da atividade física para controle da hipertensão arterial e da diabetes em reunião de equipe realizada.

Um fato interessante que ocorreu foi à solicitação da Secretaria Municipal do Esporte e Lazer aqui de Curitiba, especificamente no Centro de Convivência Clube de Gente, que encaminhou dois de seus participantes para fazermos a estratificação de risco cardiovascular. Não costumamos realizar esta atividade, e não temos um fluxo para esses atendimentos, mas como eles eram hipertensos, estavam dentro da proposta de nosso projeto.

Na seqüência conseguimos reunir todos da equipe e apresentar o projeto com sua relevância, o objetivo que buscávamos o que se pretendia e qual seria a função de cada participante da equipe. Colocamos a importância do envolvimento da equipe. As agentes comunitárias de saúde ficaram responsáveis pela busca do hipertenso e do diabético com horário marcado e escolhido, para que tivessem maior facilidade de vir a consulta médica, onde foram pedidos seus exames e prescritos seus medicamentos. Tivemos alguns novos cadastros como estava previsto, de hipertenso e diabéticos que não estavam ainda cadastrados no programa e vieram para consultas da demanda por outras situações clínicas.

O educador físico elaborou um o folder com os dizeres iniciais “todo o movimento conta: mude sua rotina e inclua 30 minutos de exercício no seu dia”. Bem interessante o material, incentivando a atividade física.

A Secretaria de Saúde de Curitiba forneceu um folder para os hipertensos e diabéticos um folder sobre alimentação. Li com eles tentando fazer com que cada um dentro de suas possibilidades iniciasse uma reeducação alimentar. Até cozinhar arroz integral, com seus segredos ensinei. E confesso foi bem gratificante.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas

Não fizemos as palestra na sala de espera, ação que estava prevista no projeto inicialmente, mas que em discussão com a equipe devido à logística do trabalho da unidade foi considerada inviável, pois, são três equipes trabalhando em programas diferentes a cada dia. No entanto cada hipertenso foi orientado individualmente quanto a alimentação, atividade física e tabagismo.

Algo bem interessante que aconteceu, e que não estava previsto nas ações foi a capacitação da equipe quanto a abordagem mínima do tabagismo. Na Unidade de Saúde Umbará não temos grupo do tabagismo, mas infelizmente temos muitos tabagistas. Resolvemos então capacitar a equipe para a abordagem mínima do tabagismo, ensinando as fases motivacionais, do pré- contemplativo, contemplativo, ação, abstinência. Dividimos todos os funcionários em quatro grupos, elaboramos um texto, explicando a importância da abordagem e as evidências dos resultados, e entregamos para cada grupo um caso clínico dentro de uma das fases, e no final fizemos o fechamento. A Dra. Claudia médica coordenou o trabalho que foi um sucesso, e realmente esperamos resultados.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos a intervenção

Foi bem gratificante realizar um trabalho mais qualificado com os diabéticos e hipertensos. E estou muito feliz por ter esta oportunidade de participar deste curso de pós-graduação. Não tive dificuldade na coleta de dados, a ficha espelho ajudou bastante e eu mantive os dados organizados, e também foi simples fazes os cálculos dos indicadores, eles estavam bem definidos. Pude perceber como os diabéticos têm resistência ao uso de insulina, não conseguem entender os benefícios que a

mesma ocasiona em determinados tratamentos, não entendem que controlando a diabetes com insulina aumenta sua qualidade de vida. Trabalhei este aspecto de orientação, orientei quanto ao uso excessivo de carboidratos. Muitos não sabiam da importância de diminuir arroz, macarrão e batata. Ficaram surpresos. Ensinamos a importância do uso de alimentos integrais, No entanto muitos têm dificuldade de conseguir estes alimentos, temos um incentivo da prefeitura aqui em Curitiba que é a presença destes nos mercados da família, o que beneficia a aquisição por um melhor preço. Na primeira semana de busca todos os agendados compareceram ao atendimento. Eles estavam felizes por terem suas consultas agendadas e estarem sendo acolhidos. Os que compareceram tinham seus exames vencidos, alguns tinham abandonado o tratamento já há meses, estavam com suas pressões instáveis e realmente necessitavam do atendimento. Fiquei feliz por saber que desta forma ajudei prevenir as doenças crônicas e suas complicações. O projeto vai continuar a nossa meta é atingir 100% reclassificando, e incentivando a adesão ao tratamento.

Confesso que fui muito beneficiada com a intervenção. O fato de estar realizando um trabalho mais qualificado causou certa realização profissional inexplicável.

Tivemos algumas dificuldades com as consultas da odontologia, só estávamos com uma dentista e que não é de nossa área, estando autorizada a atender apenas as emergências de nossa área. Um de nossos dentistas estava de licença prêmio e a outra dentista de licença para tratamento de saúde. Ambos retornaram e agora a equipe já está completa. Percebemos que as dificuldades, se deram principalmente pela falta de funcionários afastados para tratamento de saúde, a nossa unidade é a segunda de Curitiba em maior número de afastamento para tratamento de saúde, sendo assim em alguns momentos nossa equipe funcionou apenas com uma ACS, duas estavam afastadas, isto dificultou o trabalho, pois elas é que estavam fazendo a busca ativa dos usuários.

3.4 Análises da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto á rotina do serviço

Diante destes desafios pretendemos dar seqüência no projeto, agora que já concluímos as 16 semanas e pretendemos atingir toda a população de hipertensos e diabéticos.

Já conseguimos formar o habito no atendimento e hoje já é bem automático, fazer as orientações a cada um solicitar seus exames, verificar sua classificação, enfim fazer um atendimento com qualidade. Confesso que no início achei que seria enfadonho. As planilhas pareciam infinitas. Mas hoje vejo a importância de cada item e a importância de se fazer um atendimento sistematizado. Parabéns aos organizadores. Hoje estamos terminando a implementação das ações, mas na verdade ele continua, pois ainda não temos todos os hipertensos quantificados, e nem foram feitas as buscas de todos os inativos. A nossa meta é continuarmos o projeto de intervenção e ter sanado este problema da Unidade de Saúde Umbará. O mais importante segundo levantamento da equipe. Todos os usuários que foram atendidos tiveram seu atendimento qualificado conforme o proposto, com exames solicitados conforme os protocolos, verificação da estratificação de risco cardiovascular, tiveram sua inscrição no programa, foram orientados quanto à importância da atividade física e incentivados a participarem dos grupos existentes desta modalidade. Todos os tabagistas tiveram sua abordagem mínima sobre o tabagismo, e todos saíram com o folder sobre alimentação do hipertenso, diabético. Agradeço aos organizadores pela oportunidade de participar do curso.

4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

O objetivo geral desta intervenção é melhorar o acolhimento ampliando a cobertura e qualificando o atendimento dos hipertensos e diabéticos da Unidade de Saúde Umbará na cidade de Curitiba/PR.

A Unidade de Saúde Umbará, possui 2508 famílias cadastradas que totalizam uma população de 8714 pessoas. A cobertura do programa de hipertenso e diabético na população da área de abrangência é de 8,52% de hipertensos e de DM é de 2,98%. Ou seja, temos 743 hipertensos cadastrados e 261 diabéticos no programa de HAS e DM.

Descreverei a seguir os resultados obtidos durante os primeiros quatro meses de intervenção.

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

Meta 1: Cadastrar 70% de hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção á Hipertensão Arterial e á Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

No primeiro mês cadastramos 35 (4,7%) hipertensos, no segundo chegamos em 74(10%), no terceiro 117 (15,7%), e no quarto completamos 175(22,1%) hipertensos atendidos.

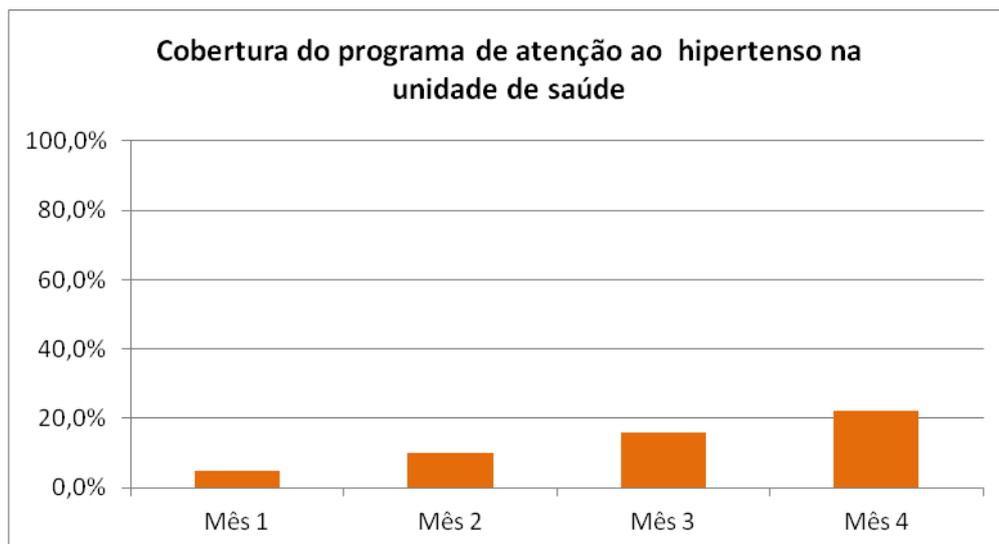


Figura 1
Fonte: Planilha de monitoramento, 2014.

Meta 2: Cadastrar 70% de diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade de Saúde.

Com relação ao cadastramento dos usuários diabéticos, atendemos no primeiro mês 13(5%) no segundo chegamos a 31(11,9%),no terceiro 60(23%) e finalmente no quarto mês chegamos a 81 cadastrados, o que representa um percentual de 31% da população residente na área de abrangência da unidade de saúde.

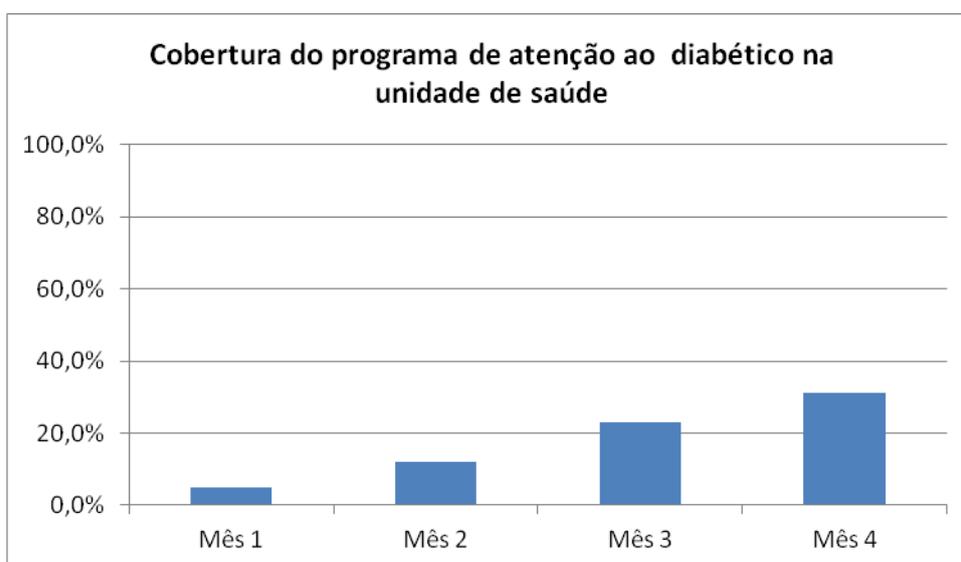


Figura2.
Fonte: Planilha de monitoramento, 2014.

É possível observar que em ambos os gráficos a evolução foi crescente durante os meses de intervenção. Tivemos 175 hipertensos cadastrados durante os quatro meses de intervenção de um total de 749 hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Com relação aos usuários diabéticos tivemos 81 cadastrados no programa de um total de 261 usuários diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Como o projeto tem se estendido as demais equipes pretendemos logo atingir 100% de cobertura. Destaco a busca ativa aos faltosos como principal fator determinante para alcançarmos esses resultados. Infelizmente não foi possível alcançar uma cobertura de 100%, pois apesar da busca ativa intensiva, alguns usuários deixaram de comparecer aos agendamentos programados. Temos algumas ACS afastadas de sua atividade o que prejudicou o desenvolvimento do trabalho. Mas o fato de estarmos dando sequencia reflete que certamente atingiremos nos próximos meses a totalidade o 100%. Para dar continuidade devemos retomar os objetivos propostos no projeto.

Objetivo 2: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa

Meta 1: Buscar 50% do hipertenso faltoso às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

No primeiro mês foi realizada busca ativa a 7 usuários hipertensos e todos compareceram a consulta agendada. No segundo mês de intervenção foram buscados 16 e, sendo que 15(93,8%) compareceram a consulta agendada. No terceiro mês chegamos a 29(96,7%) atendimento de 30 usuários que foram buscados e finalmente atendemos 49(98%) dos 50 que fizemos a busca no final da intervenção.



Figura3

Fonte: Planilha de monitoramento, 2014

Meta 2: Buscar 50% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Em relação aos diabéticos no primeiro mês buscamos 3, sendo que todos compareceram a consulta agendada. No segundo mês realizamos a busca ativa de 6 usuários e atendemos 5 (87,3%). No terceiro mês chegamos a 14 (93,3%) atendimento dos 15 que foi realizada busca ativa e finalmente no quarto mês chegamos a 23 (95,8%) atendimentos dos 24 que foram realizadas as buscas ativas.



Figura4

Fonte: Planilha de monitoramento, 2014.

Conforme o levantamento realizado no início do projeto temos na área 229 hipertensos inativos e 81 diabéticos inativos. Conseguimos durante o projeto realizar busca ativa e atender 49 hipertensos e 23 diabéticos. As agentes comunitárias continuam fazendo a busca e logo pretendemos ampliar estes valores. Temos hoje indicador de 21,3%(n=49) para os hipertensos e 28,4%(n=23) para os diabéticos.

Atingimos quase a totalidade de hipertensos e diabéticos faltosos com busca ativa. Somente não atingimos a totalidade porque dois usuários agendados não compareceram ao atendimento, mas entregamos o seu nome para a ACS responsável realizar nova busca. Os demais compareceram e realmente foi muito gratificante atendê-los. Todos estavam com os níveis pressóricos alterados, haviam abandonado o tratamento, não tinham seus exames conforme os protocolos em dia eram sérios candidatos a doenças vasculares e cardíacas com suas complicações.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e diabético.

Meta 1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos que vierem para a consulta.

Nos quatro meses realizamos os exames clínicos de todos os usuários hipertensos que compareceram, às consultas de acordo com o protocolo adotado. Foi examinado um total de 175 hipertensos.

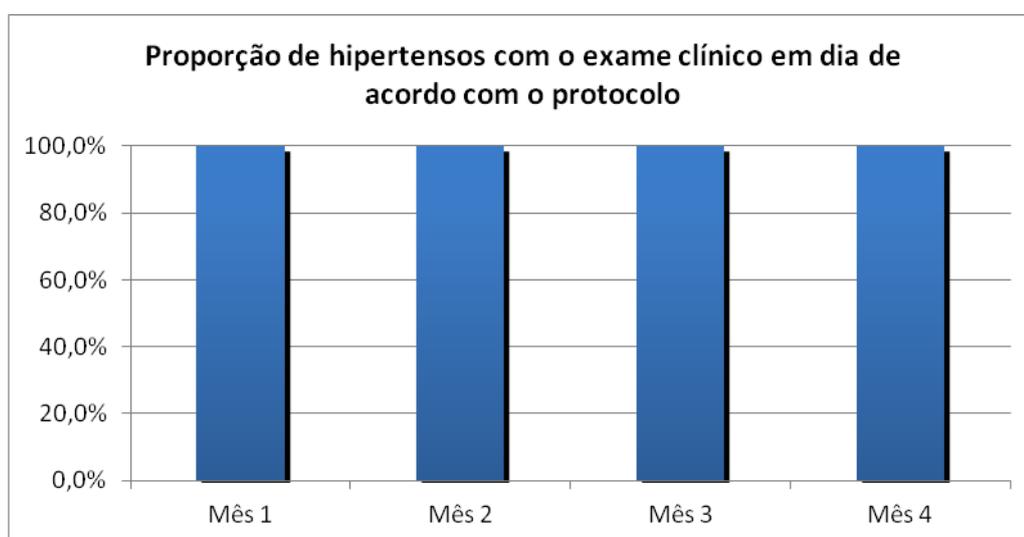


Figura5

Fonte: Planilha de monitoramento, 2014.

Meta 2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos que vierem para a consulta.

Também realizamos os exames clínicos conforme o protocolo de todos os diabéticos 81 atendidos.

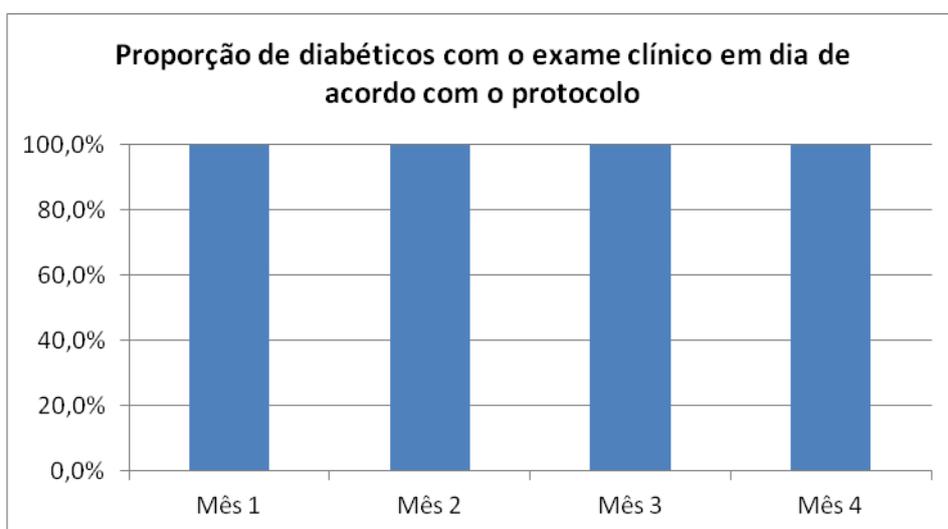


Figura6
Fonte: Planilha de monitoramento, 2014.

Como podemos constatar nos gráficos. Atingimos 100% dos usuários cadastrados com exames clínicos realizados de acordo com o protocolo desde o primeiro mês da intervenção.

Se considerarmos o total da área de abrangência temos 175 hipertensos atendidos com seus exames clínicos em dia. Esse número representa 23,5% do total de 743 hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Em relação aos diabéticos realizamos exames clínicos de acordo com o protocolo em 81 (32%) diabéticos de um total de 261 residentes na área de abrangência.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e diabético.

Meta 3: Garantir a realização de 100% dos exames complementares aos hipertensos cadastrados no programa.

No primeiro mês de intervenção, tivemos 29(82,9%) usuários hipertensos com exames complementares em dia conforme o protocolo de um total de 35 atendidos. No segundo mês esse número era de 59(79,7%) usuários do total de 74 atendidos. No terceiro mês tivemos 88(75,2%) hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo dos 117 atendidos e finalmente no quarto mês foram 125(76,2%) hipertensos dos 175 atendidos.

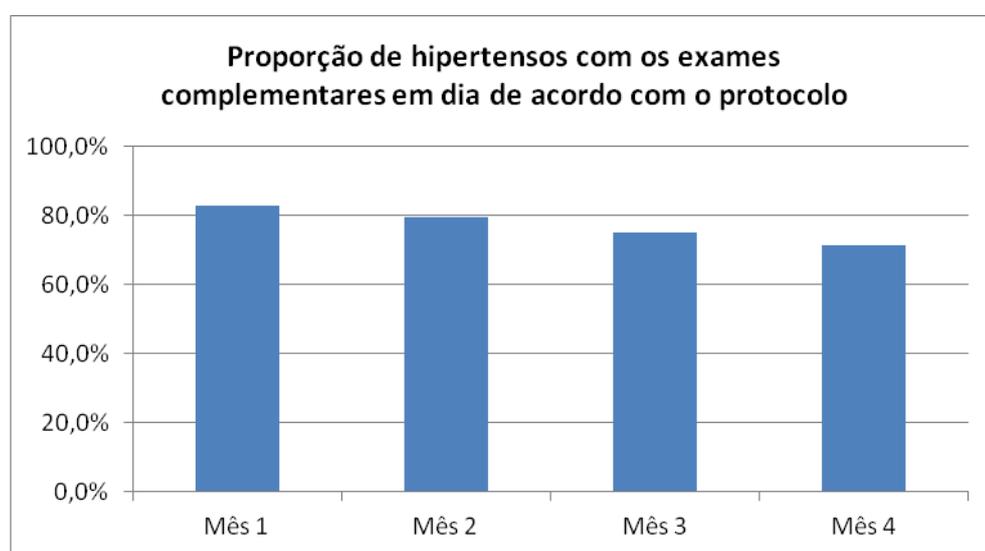


Figura7

Fonte: Planilha de monitoramento, 2014.

Meta 4: Garantir a realização de 100% dos exames complementares aos diabéticos cadastrados no programa.

No que se refere aos usuários diabéticos no primeiro mês tivemos 8(61,5%) usuários dos 13 atendidos com seus exames complementares em dia conforme o protocolo. No segundo mês tivemos 23(74,2%) com exames complementares em dia de um total de 31 atendidos. Já no terceiro mês foram 43(71,7%) usuários diabéticos de 60 atendidos e no quarto mês 53(65,4%) diabéticos com exames complementares em dia dos 81 atendidos.

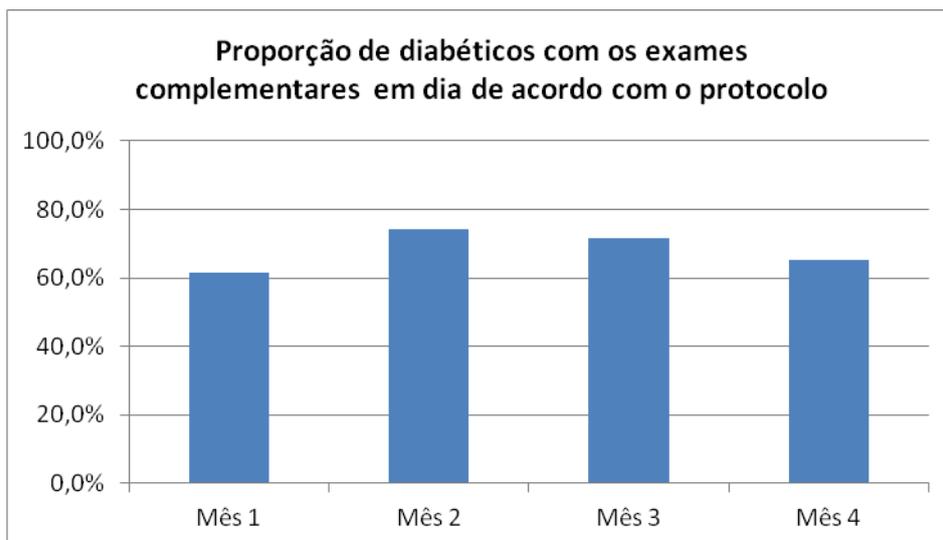


Figura8

Fonte: Planilha de monitoramento, 2014.

Todos os usuários tiveram seus exames complementares solicitados, mas muitos estão retornando agora com os resultados, o que justifica o resultado nos gráficos apresentados. Somente estão identificados nos gráficos os exames que foram avaliados até o quarto mês da intervenção. Contudo não podemos esquecer, que o projeto está tendo continuidade e esperamos que estes usuários que ainda não retornaram compareçam com os resultados dos exames nos próximos meses de intervenção.

Como tivemos 125 hipertensos, isto representa 16,8% do total de 743 hipertensos, e 53 diabéticos com os exames complementares em dia o que representa 20,3% do total de 261 diabéticos residentes na área de abrangência de unidade de saúde. Estes valores tendem a evoluir continuamente pois a intervenção continua.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao usuário hipertenso e diabético.

Meta 5: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100 % dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

No primeiro mês de intervenção dos 35 hipertensos atendidos todos tiveram suas receitas da farmácia popular ou da lista do Hiperdia. No segundo e no terceiro mês de intervenção 73(98,6%) dos 74, e 115(98,3%) dos 117 usuários tiveram suas

receitas de medicamentos da farmácia popular ou da lista do Hiperdia respectivamente. Finalizamos o quarto mês de intervenção com 173(98,9%) usuários dos 175 cadastrados que tiveram suas receitas de medicamentos da farmácia popular ou da lista do Hiperdia.

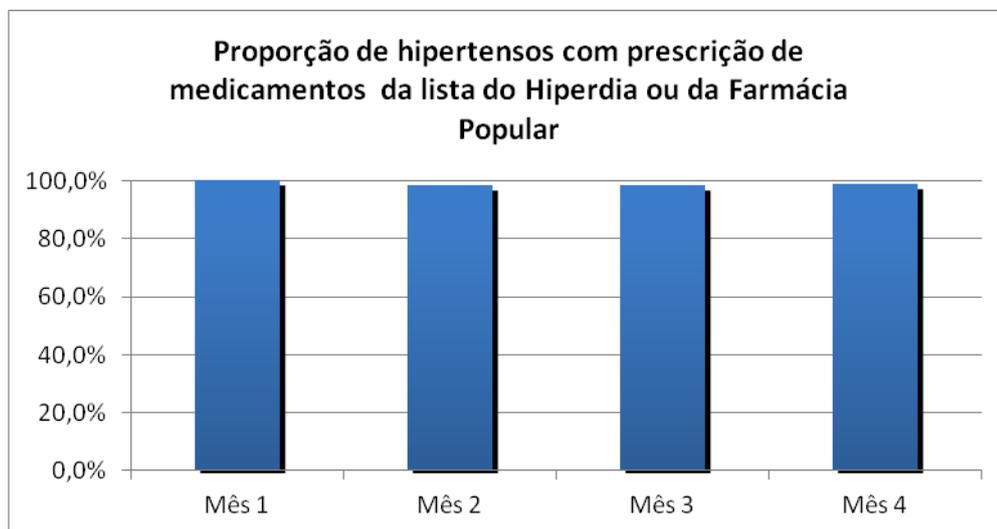


Figura9
Fonte: Planilha de monitoramento, 2014.

Meta 6: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100 % dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde

No que se refere aos diabéticos, todos os usuários cadastrados durante os 4 meses de intervenção tiveram suas prescrições de medicamentos da lista do programa Hiperdia ou da farmácia popular.

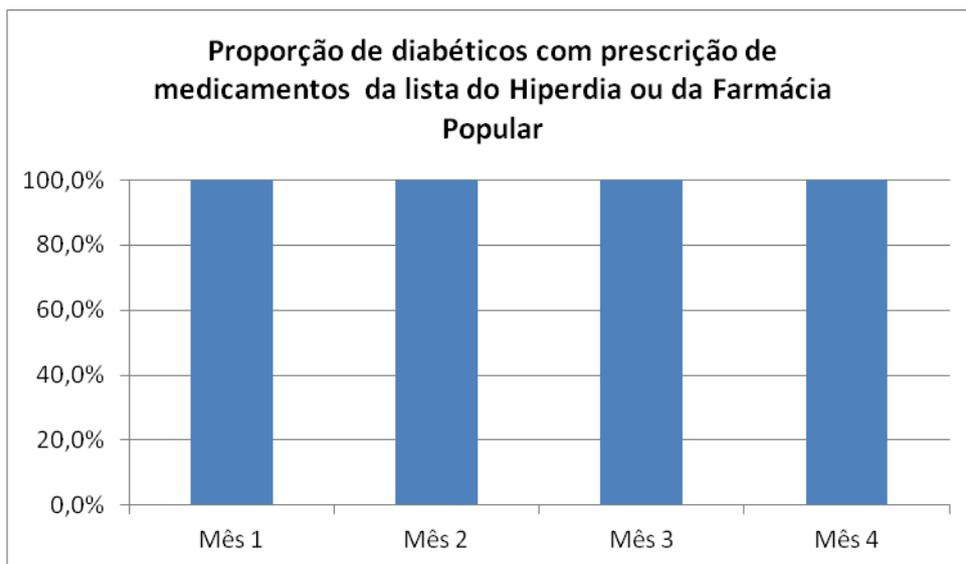


Figura 10

Fonte: Planilha de monitoramento, 2014.

Tivemos um total de 173 hipertensos com medicamentos da farmácia popular/Hiperdia para um total de 175 (98,9%) cadastrados no programa. Entre os usuários diabéticos, todos os usuários cadastrados e atendidos receberam prescrições de medicamentos da farmácia popular ou da lista do Hiperdia. Atingimos a meta que era Garantir estas prescrições a todos os usuários cadastrados atendidos.

Objetivo 4: Para melhorar o registro das informações referente ao hipertenso e diabético.

Meta 1: Manter fichas de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados.

No primeiro e segundo mês de intervenção tivemos 35 e 74 usuários atendidos respectivamente, com todos seus registros adequados na ficha de acompanhamento. Já no terceiro e quarto mês de intervenção 10 usuários não tiveram seus registros completos. O que representa 107(91,5%) e 165 (94,3%) respectivamente.

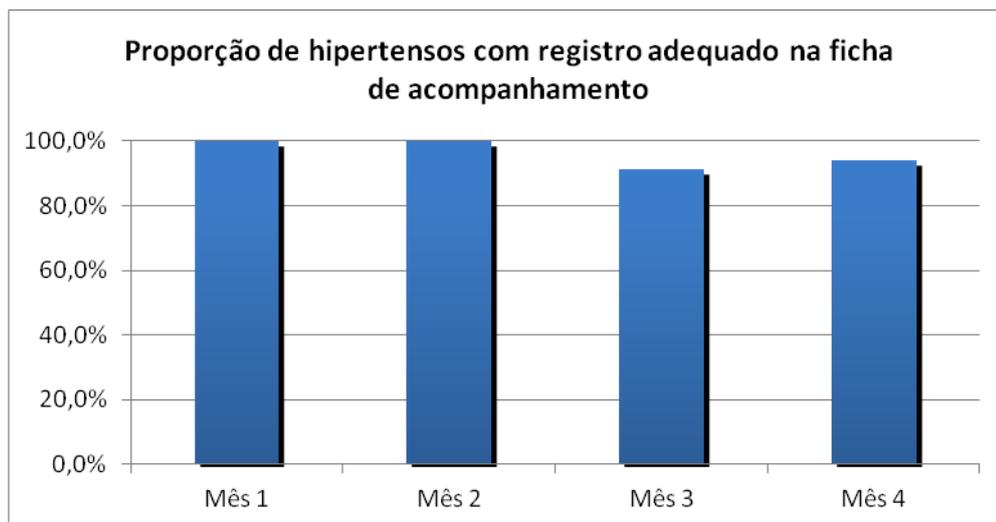


Figura 11

Fonte: Planilha de monitoramento, 2014.

Meta 2: Manter fichas de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados.

Entre os usuários diabéticos igualmente nos dois primeiros meses de intervenção, todos tiveram seus registros adequados. Já no terceiro e quarto mês de intervenção 4 usuários não tiveram seus registros completos. O que representa 56 (93,3%) e 77 (98,1%) respectivamente.



Figura 12.

Fonte: Planilha de monitoramento, 2014.

Todos os diabéticos e hipertensos passaram a ter suas fichas de acompanhamento, mas muitos não tinham seus registros em ordem. Estamos colocando em ordem conforme retornam com seus exames realizados de acordo com o protocolo.

Objetivo 5: Para fazer o mapeamento de hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares.

Meta 1: Fazer a classificação de risco cardiovascular para, 100%, dos hipertensos cadastrados no programa.

No primeiro mês de intervenção dos 35 usuários atendido 32(91,4%) tiveram a estratificação de risco cardiovascular realizada. No segundo mês 62(83,8%) dos 74, no terceiro 91(77,8%) dos 117 e no quarto 131(74,9%) dos 175 usuários atendidos foram estratificados para o risco cardiovascular.

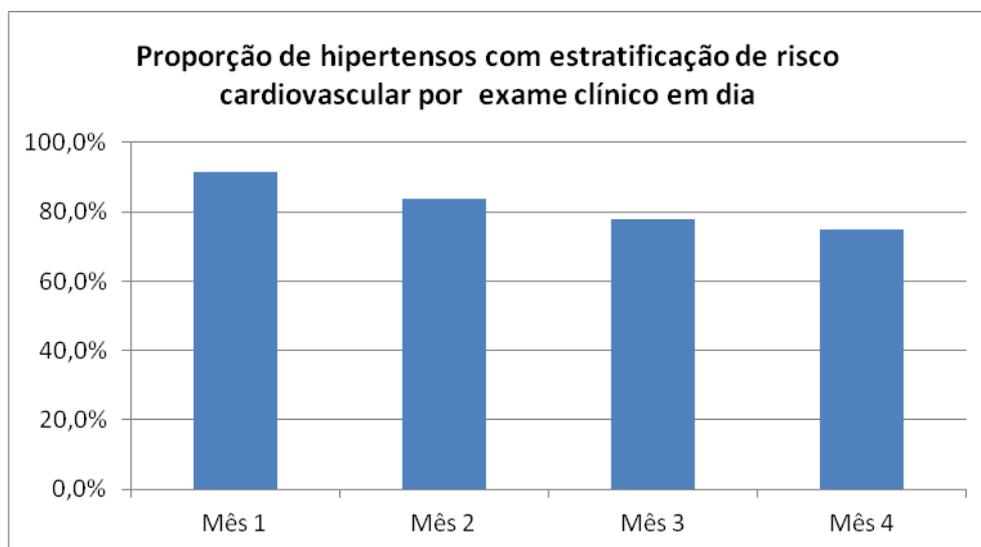


Figura13
Fonte: Planilha de monitoramento, 2014.

Meta 2: Fazer a classificação de risco cardiovascular para, 100%, dos diabéticos cadastrados no programa.

Entre os usuários diabéticos no primeiro mês 11(84,6%) dos 13 atendidos foram estratificados quanto ao risco cardiovascular. No segundo mês 26(83,9%) dos 31, no terceiro 46(76,7%) de 60 e finalmente no quarto mês 60(74,1%) dos 81 atendidos foram estratificados para o risco cardiovascular.

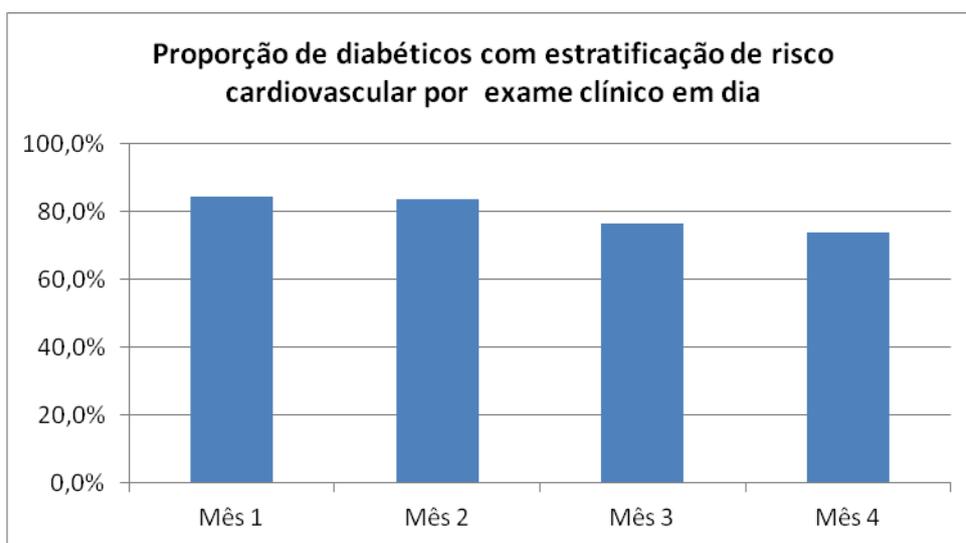


Figura 14

Fonte: Planilha de monitoramento, 2014.

Fizemos a classificação de todos que tinham seus exames em dia, ou que conseguimos os resultados durante os quatro meses da intervenção. Os demais ainda estão sendo classificados. É por este motivo que os gráficos apresentam este decréscimo. É interessante notarmos que tivemos 131 hipertensos com estratificação cardiovascular realizada de um total de 175 usuários cadastrados no programa o que representa 74,9 % e entre os diabéticos tivemos 60 usuários de um total de 81 cadastrados o que representa 74,1%.

Objetivo 6: Promover saúde aos hipertensos e diabéticos.

Meta 1: Garantir neste período 30% de avaliações odontológicas a hipertensos.

No primeiro mês da intervenção dos 35 usuários hipertensos atendidos apenas 4(11,4%) realizaram avaliação odontológica conforme o protocolo, no segundo mês 15(20,3%) dos 74, no terceiro mês 26(22,2%)dos 117 e no quarto mês 44 (25,1%)dos 175 atendidos.

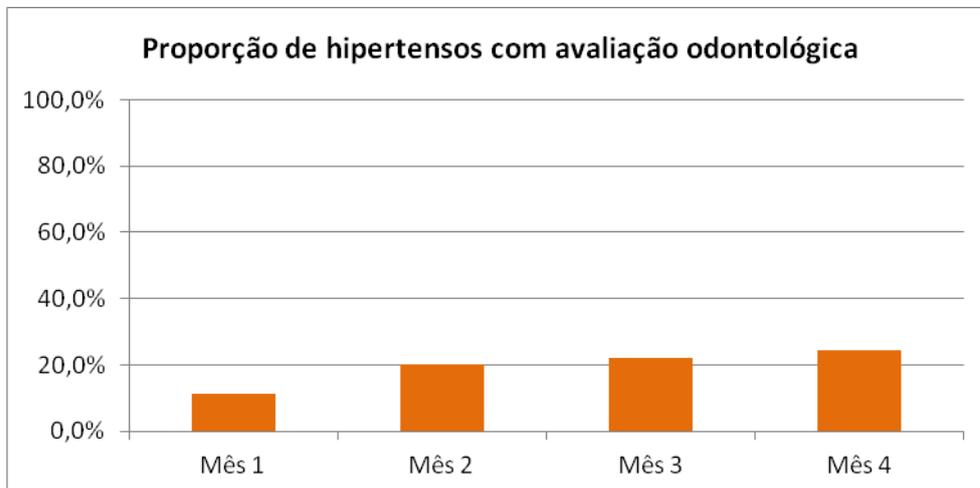


Figura 15

Fonte: Planilha de monitoramento, 2014.

Meta 2: Garantir neste período 30% de avaliações odontológicas a diabéticos.

Considerando os diabéticos dos 13 atendidos no primeiro mês, 2(15,4%) foram submetidos a avaliação odontológica. No segundo mês dos 31 usuários cadastrados tivemos 6(19,4%) usuários, no terceiro 15(25%) dos 60 e no quarto 23(28,4%) dos 81 atendidos passaram por avaliação odontológica.

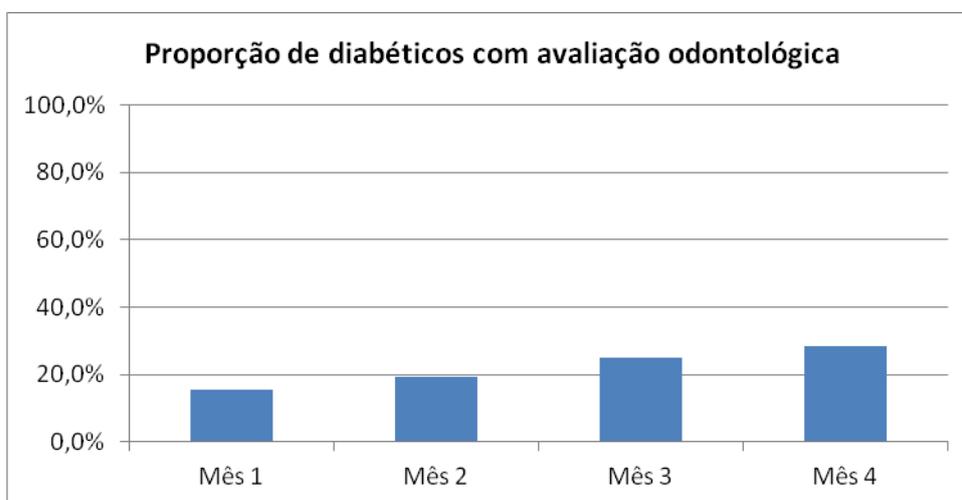


Figura 16

Fonte: Planilha de monitoramento, 2014.

Nos primeiros meses não conseguimos atingir nossas metas, pois estávamos apenas com um cirurgião-dentista na Unidade de Saúde. Com relação aos demais dentistas, um estava em tratamento de saúde e o outro de licença prêmio. No quarto mês retornaram e quase conseguimos atingir a nossa meta que era 30% de atendimento ao hipertenso e diabético.

Foi atendido com avaliação odontológica 44 hipertensos o que representa 25,1% dos 175 cadastrados no programa e 23 diabéticos o que representa 28,4% dos 81 diabéticos cadastrados.

Objetivo 6: Promover saúde aos hipertensos e diabéticos.

Meta 3: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100 % dos hipertensos.

No primeiro mês de intervenção 35 hipertensos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável. No segundo mês chegamos a 74, no terceiro 117 e no quarto 175 usuários hipertensos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável. Ou seja, 100% dos hipertensos receberam orientações nutricionais.

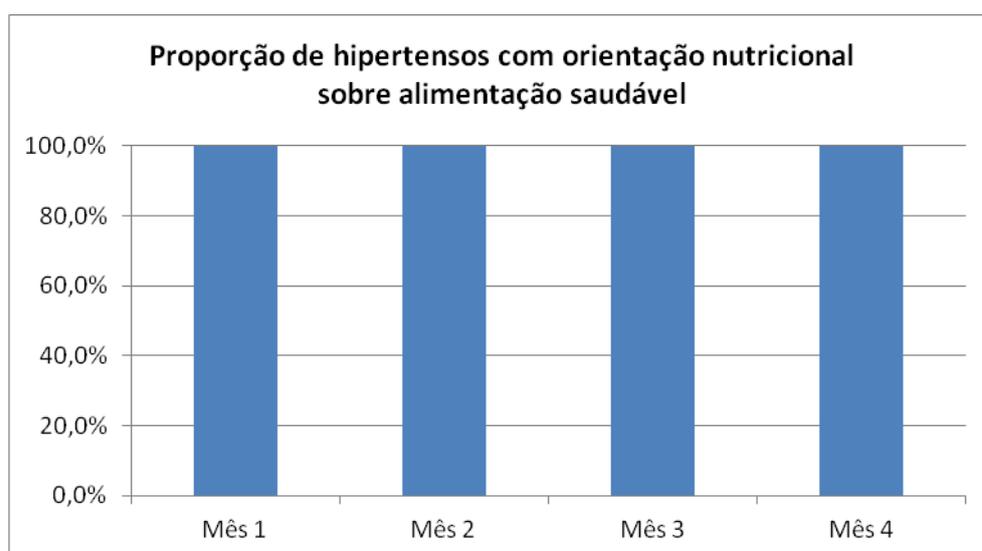


Figura 17

Fonte: Planilha de monitoramento, 2014.

Meta 4: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100 % dos diabéticos.

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês de intervenção 13 usuários receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável. No segundo mês chegamos 31, no terceiro mês 60 e no quarto mês 81 usuários, todos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável.

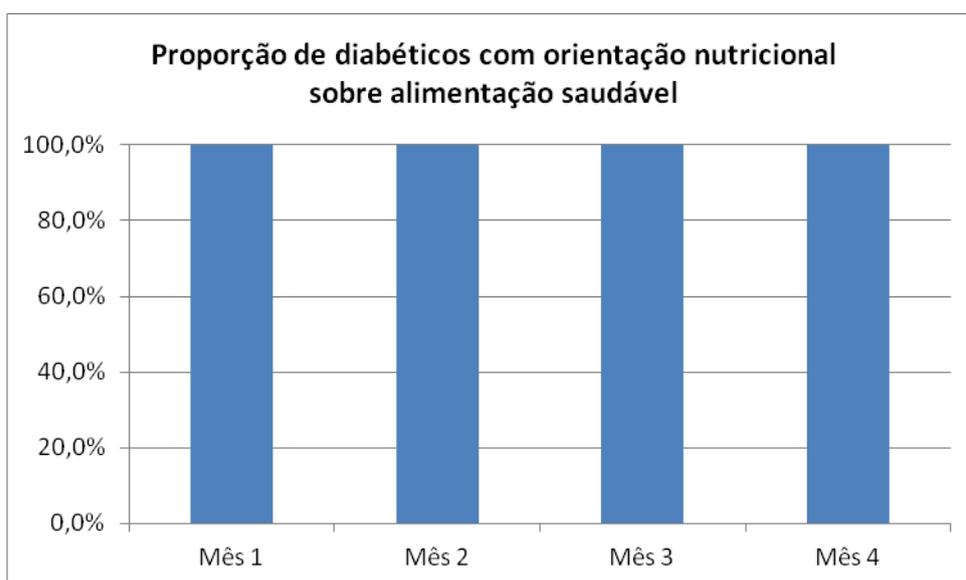


Figura 18.
Fonte: Planilha de monitoramento, 2014.

Todos os diabéticos foram orientados, individualmente e todos receberam o folder sobre alimentação do hipertenso e diabético.

Observamos que ao final do quarto mês de intervenção 175 hipertensos e 81 diabéticos haviam recebido orientações nutricionais, o que representa 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa. Se considerarmos o total dos hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde teremos uma representação de 23,5% e 31%, respectivamente.

Objetivo 6: Promover saúde aos hipertensos e diabéticos.

Meta 5: Realizar orientação sobre a prática de atividades física regular a 100% dos hipertensos.

No primeiro mês, 35 hipertensos receberam orientação sobre a prática de atividade física. No segundo mês atingimos 74, no terceiro 117 e no quarto 175, hipertensos, representando 100% dos usuários hipertensos cadastrados no programa que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

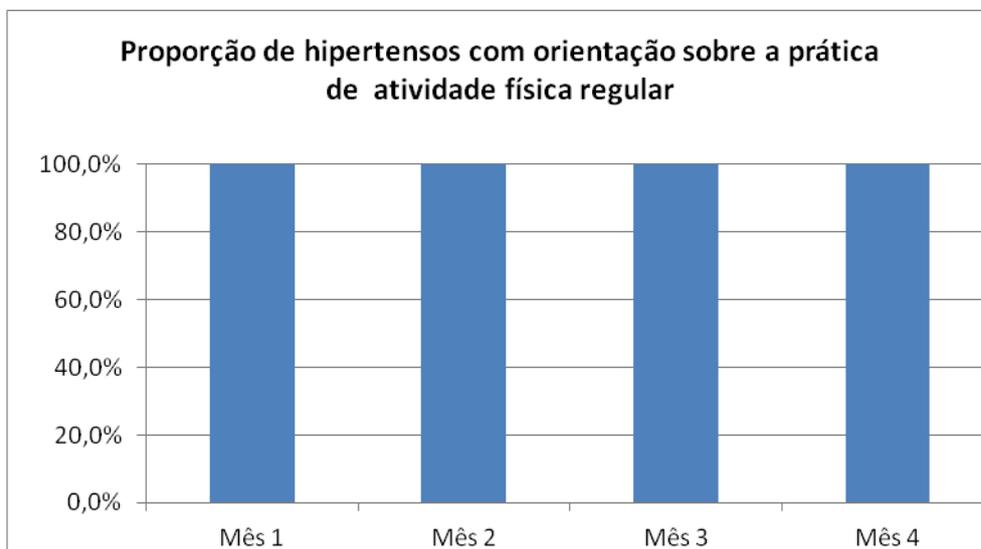


Figura19

Fonte: Planilha de monitoramento, 2014.

Meta 6: Realizar orientação sobre a prática de atividades física regular a 100% dos diabéticos

Em relação aos diabéticos, no primeiro mês foram orientados 13 diabéticos sobre a prática de atividade física. No segundo mês 31 diabéticos, no terceiro 60 e no quarto mês 81. Também atingimos 100% dos diabéticos cadastrados no programa que receberam orientação para a prática de atividade física.

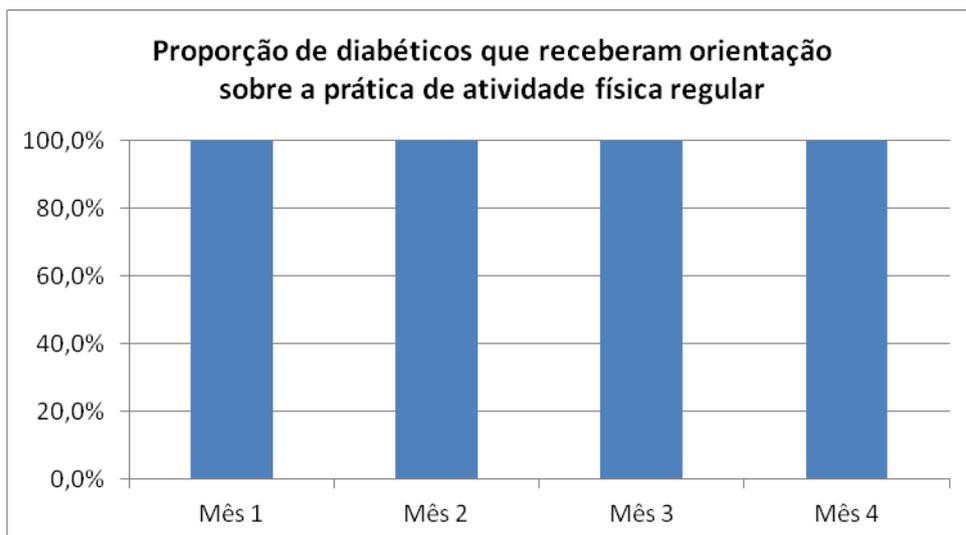


Figura20

Fonte: Planilha de monitoramento, 2014.

Foi realizada orientação sobre a prática de atividades física regular a 100% dos hipertensos e diabéticos. Muitos começaram a realizar estas atividades físicas de forma regular. O educador físico teve participação bastante efetiva no projeto.

Se considerarmos o total dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde teremos 23,5% e 31%, respectivamente com orientação para a prática de atividade física.

Objetivo 6: Promover saúde aos hipertensos e diabéticos.

Meta 7: Realizar orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos.

No primeiro mês 35 hipertensos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. No segundo mês chegamos a 74, no terceiro 117 e no quarto 175 hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Todos os hipertensos foram orientados quanto ao tabagismo.

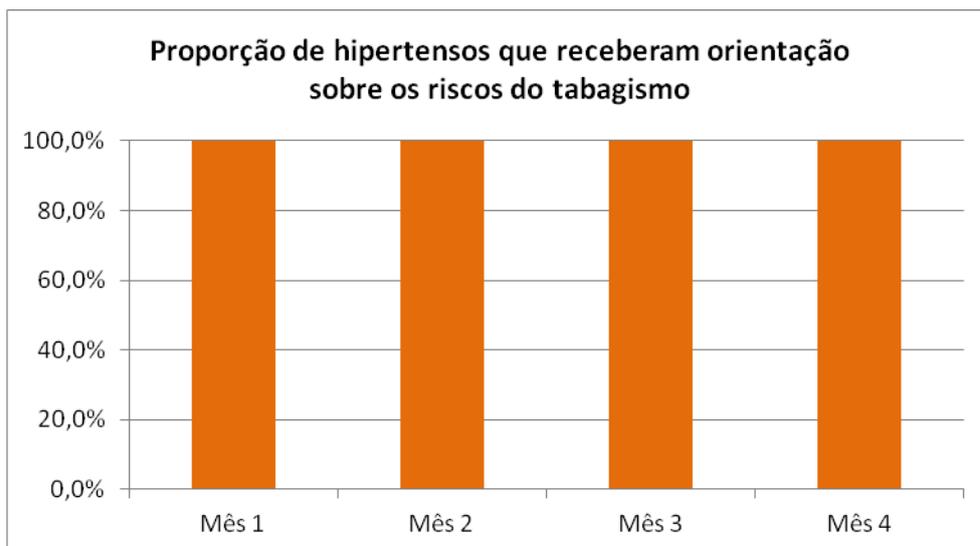


Figura21

Fonte: Planilha de monitoramento, 2014.

Meta 8: Realizar orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos.

Em relação aos diabéticos, 13 usuários receberam orientação sobre os riscos do tabagismo no primeiro mês de intervenção. No segundo mês 31, no terceiro 60 e no quarto mês 81 diabéticos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

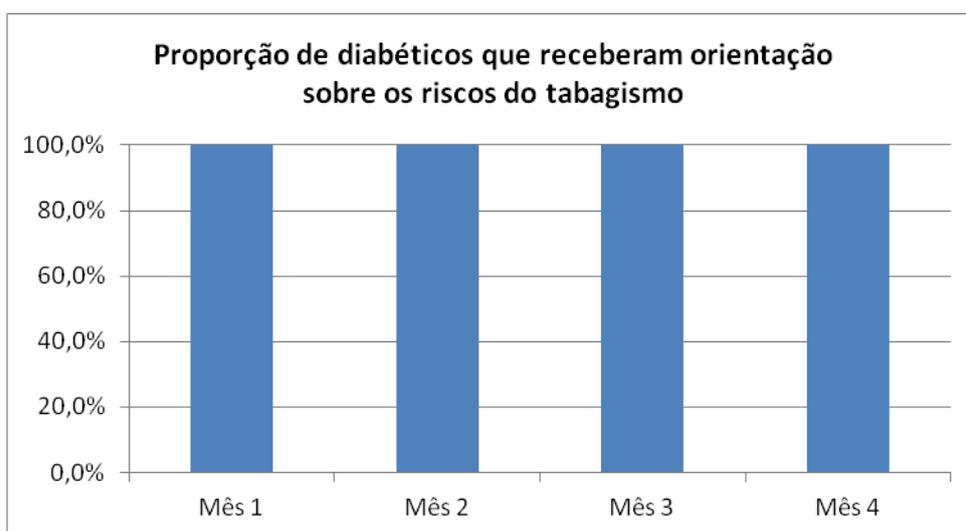


Figura22: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.
Fonte: Planilha de monitoramento, 2014.

A equipe se envolveu em sua totalidade e todos os diabéticos tiveram suas orientações sobre os riscos do tabagismo.

Se considerarmos o total dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde, teremos 23,5% e 31%, respectivamente com orientações sobre os riscos do tabagismo.

4.2 Discussão

A intervenção no Programa de Atenção ao Hipertenso e Diabético proporcionou ampliar a cobertura do programa, melhorar a adesão do paciente hipertenso e diabético, a qualidade do atendimento prestado, o registro de informações, do programa, mapear os hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares e promover a saúde desse grupo de pacientes.

A intervenção exigiu que a equipe fosse capacitada quanto ao diagnóstico, o tratamento e a estratificação de risco cardiovascular no acompanhamento dos pacientes com hipertensão e diabetes na US Umbará, segundo as recomendações do protocolo de hipertensão e diabetes da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Foi reforçada a importância do envolvimento da equipe, tais como as agentes de saúde, enfermeiras, auxiliar de enfermagem, médicos, equipe odontológica, gestora, e do NASF.

Todos os profissionais foram convidados a contribuir com a busca ativa aos faltosos, e com a qualificação do atendimento prestado ao hipertenso e diabético, as agentes de saúde de forma mais dinâmica fizeram esta busca. O educador físico implementou seu programa de atividade física, acolhendo todos que decidiram por fazer desta atividade um diferencial em seu tratamento. As enfermeiras fizeram o levantamento dos faltosos ao programa dentro de suas micro áreas para que fossem realizadas as buscas. As auxiliares de enfermagem e enfermeiras fizeram o levantamento dos exames que necessitavam serem refeitos. O médico ficou

responsável pela estratificação de risco cardiovascular, realização do exame clínico completo, orientação quanto a alimentação, atividade física e tabagismo. A equipe odontológica ficou responsável pelas orientações de saúde bucal e agendou consultas para atendimento dos hipertensos e diabéticos.

Toda a equipe foi capacitada para a abordagem mínima do tabagismo, o que foi de grande relevância, pois não temos aqui na US Umbará grupo de tabagismo, esta capacitação ocorreu em reunião da equipe na US.

Com a definição de cada atribuição ocorreu um envolvimento da equipe no trabalho, ampliando a cobertura ao programa, e qualificando o atendimento antes feito sem os mesmos critérios.

Tivemos uma melhoria nos registros, pois, quando se sistematiza um processo, fica mais fácil pautar elementos que às vezes ficavam despercebidos, como cadastro no HIPERDIA, regularidade do exame clínico e do exame de sangue assim como orientações quanto alimentação atividade física e tabagismo.

O fato de ofertarmos a consulta com horário pré-agendado fez com que muitos usuários aderissem ao programa, e tivessem oportunidade de continuar o seu tratamento fato que não estava ocorrendo.

A classificação quanto ao risco de doença cardiovascular tem sido importante para agendarmos os atendimentos conforme orientação do protocolo e os casos de maior risco são priorizados no atendimento.

Tendo em vista a logística da US, onde três dias na semana os programas divergem fizemos opção por não realizar atividades coletivas na sala de espera, mas fizemos orientação individual com cada paciente recebendo folder sobre alimentação do Hipertenso e sendo convidado para participar das atividades físicas assim como deixar o tabagismo.

Se fosse iniciar a intervenção manteria o mesmo cronograma. Apenas focaria mais em qualificação, do atendimento. A busca dos inativos na sua totalidade ainda faz parte do processo, mas penso que este é o grupo que mais necessita de atenção, pois muitos não estão usando o medicamento como deveriam. Infelizmente

por falta de funcionários estamos com algumas dificuldades de cumprir estas metas em sua totalidade, mas pelo resultado do atendimento já penso que valeu a pena.

Quanto à incorporação das ações na rotina de nosso serviço, já vem ocorrendo. Nas semanas que têm seguido elas continuam a ser realizada, a busca ativa ao faltoso, a orientações individuais quanto ao estio de vida mais saudável, o atendimento clinico qualificado, passam a fazer parte do processo. O processo de capacitação da equipe deverá ser contínuo. A comunidade sabe que desejamos acolhê-los e prestar um serviço de qualidade. O educador físico continua sua atividade em grupo e temos encaminhado os pacientes para esta atividade.

Foi muito gratificante realizar um trabalho mais qualificado, no atendimento ao hipertenso e diabético. Realmente foi uma oportunidade impar participar deste curso de pós-graduação.

4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores

No dia 07 de abril de 2014, iniciamos na Unidade de Saúde Umbará a implementação do projeto “Buscando o hipertenso e diabético”, este projeto foi elaborado atendendo uma solicitação da equipe de saúde que mapeou este como o principal problema de saúde no momento nesta US. Após análise situacional, de todos os programas foi diagnosticado serem necessárias mudanças para a melhoria do programa de hipertenso e diabético, nessa US.. Tivemos diálogo com a Gestora local de saúde, e o projeto de intervenção teve duração de 16 semanas, visando melhoria na qualidade de atendimento a população do Umbará, unidade de ESF de Curitiba.

Essa intervenção faz parte do Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família, curso da modalidade EAD realizado por mim Dioneia Dobrowolski Kovalski, o curso foi ofertado pela Universidade Federal de Pelotas em convenio com a Universidade Aberta do SUS, curso este divulgado pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba no ano de 2013.

Como primeira ação foi realizada apresentação do projeto para a equipe, em slides em reunião da equipe, onde foi apresentada a situação atual da US Umbará, a necessidade da intervenção, o papel de cada funcionário no projeto. As enfermeiras ficando responsáveis de qualificar a equipe conforme protocolo do hipertenso e diabético da Secretaria Municipal de saúde de Curitiba, e mapear os pacientes que não estavam vindos ao programa. As auxiliares aferirem a PA, e verificarem conforme o protocolo a necessidade de consulta com o médico, para exame clínico, de sangue, orientações quanto ao tabagismo, nutrição, e atividade física. A equipe de odontologia em acolher para consulta os hipertensos e diabéticos. Enfim envolver todas as equipes e todos da equipe.

Outra ação fundamental foi a busca ativa dos inativos que foi realizada pelas Agentes Comunitárias de Saúde. Foram semanas de intensa busca, trazendo boa parte dos usuários. Esta busca tem continuado mesmo após as 16 semanas, pois pretendemos atingir 100% dos inativos.

Outra ação que foi realizada com sucesso, mesmo não estando prevista no projeto foi a Capacitação da equipe na Abordagem mínima do tabagismo, esta ação se fez necessária devido ao fato de não termos aqui na US um grupo de tabagismo, e sentirmos a necessidade de orientar os usuários quanto aos malefícios do cigarro.

Como parte da Intervenção e para facilitar a matematização dos dados usamos a ficha espelho, o que ajudou, pois mesmo tendo prontuário eletrônico alguns dados muitas vezes são esquecidos de forma diferente de quando se sistematiza o atendimento.

Não realizamos as atividades coletivas em sala de espera como tínhamos planejado no início. Em reunião da equipe ficou decidido que as orientações seriam pessoais, procurando realizar um PTS projeto terapêutico singular para cada usuário conforme suas necessidades, principalmente pelo fato de serem realizados três programas diferentes todos os dias aqui na US Umbará o que desqualificaria e tumultuaria as orientações coletivas da sala de espera.

Todos os usuários hipertensos e diabéticos receberam orientações quanto a importância de um estilo de vida saudável no controle da hipertensão e do diabetes, quer seja através da alimentação, atividade física ou suspensão do tabagismo.

Todos receberam um folder sobre alimentação saudável, elaborado pela SMS. Todos foram convidados, motivados e incentivados a participarem de um dos grupos de atividade física do educador físico.

As ações possibilitaram ampliar a cobertura do programa, melhorar a adesão do paciente hipertenso e diabético, a qualidade do atendimento prestado, o registro das informações do programa, mapear os hipertensos e diabéticos de risco para doenças cardiovasculares e promover a saúde desse grupo de usuários.

Foi um momento importante no processo de trabalho onde percebemos as interações dos diversos pares, o apoio, e com certeza os resultados são os frutos da união em busca da excelência e qualificação do atendimento ao diabético e hipertenso. Agradeço o carinho e apoio demonstrado nesta iniciativa, tenho certeza que o trabalho realizado servirá de suporte para uma cidade mais saudável.

É importante salientar que estamos dando continuidade ao projeto e que precisamos do apoio dos gestores e da equipe para realizar ações que qualifiquem o atendimento do hipertenso e do diabético e outras ações programáticas que se fizerem necessária.

4.4 Relatório de Intervenção para a Comunidade

A Unidade de Saúde Umbará realizou entre os meses de abril a julho de 2014, algumas alterações no fluxo de atendimento ao hipertenso e diabético, com objetivo de melhorar os cuidados e qualificar o atendimento desse grupo.

Antes de iniciarmos as ações fizemos uma reunião com todos os funcionários e apresentamos o projeto, como seria desenvolvido e qual seria a participação de cada funcionário da equipe.

As Enfermeiras obtiveram do prontuário eletrônico informações de quem eram os usuários que já há algum tempo não passavam por atendimento médico, e estavam com seus exames desatualizados, tanto clínicos como de laboratórios. As agentes comunitárias de saúde receberam uma listagem e fizeram visitas

convidando estes usuários para comparecerem a unidade com suas consultas agendadas, o que facilitou o acesso. O trabalho delas tem sido excelente e a busca continua, pois ainda não conseguimos resolver todas as situações de pendência.

Temos o prontuário eletrônico de cada usuário, que é acessado a cada atendimento, primamos por atualizá-lo, com os dados pessoais, medicação em uso e resultado de exames. Estes nos permitem acesso rápido às informações de cada paciente podendo conhecê-los melhor.

Desde o mês de abril primamos por realizar um atendimento de mais qualidade para o hipertenso e diabético da área, US Umbará. Foram feitas aferição de pressão arterial, peso altura, análise das ultimas receitas e exames realizados, orientações sobre tabagismo, atividade física e orientações sobre alimentação,.

A equipe participou de um curso de treinamento sobre tabagismo, visando a capacitação para abordarem os usuários que fumam, tendo requisitos para se envolverem no processo anti fumo.

O Educador Físico elaborou um folder sobre a importância da atividade física, e intensificou a divulgação dos grupos de atividade que ele realiza. Todos os hipertensos e diabéticos foram convidados a participarem das atividades.

Entregamos a cada hipertenso e a cada diabético um folder sobre alimentação, orientando os conforme suas necessidades e particularidades, este material foi disponibilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Procuramos traçar um projeto terapêutico para cada usuário.

Para os usuários com dificuldades de comparecerem ao atendimento médico por motivos de cirurgia, doenças, ou outros foram feitas visitas domiciliares pelos médicos e enfermeiros e auxiliares de enfermagem.

Após esse período já analisamos os dados e percebemos um aumento no número de usuários acompanhados regularmente no programa de hipertensão e diabete, com consultas médicas, exames, e consulta odontológica em dia, aumento do número de usuários orientados sobre um estilo de vida mais saudável. Frisamos uma maior unificação do trabalho em equipe que se mostra muito mais satisfatório do que quando realizado apenas pelo médico.

Agradecemos a resposta da comunidade, sua participação tem sido muito importante e temos certeza que este envolvimento de cada um nos impulsiona quanto a importância de qualificar cada vez mais o nosso trabalho.

É importante salientar que estamos dando continuidade ao projeto e que precisamos do apoio da comunidade para realizar ações que qualifiquem o atendimento do hipertenso e do diabético e outras ações programáticas que se fizerem necessária.

5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE O PROCESSO PESSOAL DE APRENDIZAGEM

Cada item do projeto foi motivo de muito estudo, a começar pela análise situacional, o conhecimento da área, a revisão dos protocolos de hipertensão e diabetes, assim como a revisão para a relevância do tema escolhido e apontado pela equipe, aprendi a importância de mapear estes para desenvolver um trabalho mais fiel quanto a necessidade de cada região com suas necessidades e particularidades.

Resgatei a importância de trabalhar em equipe, de valorizar o trabalho realizado em conjunto, de valorizar a contribuição de cada um no processo, isto foi muito importante para meu aprendizado.

Cada ação realizada necessitou de capacitação o que contribui para meu crescimento profissional, aperfeiçoando técnicas para desenvolver um projeto terapêutico singular para cada um dos usuários individualizando seus tratamentos, sistematizando o atendimento, melhorando os registros e comparando com uma escala de qualidade o atendimento.

Apenas tinha conhecimento teórico de estratificação de risco cardiovascular, e na prática estes valores não eram calculados, e as orientações quanto a alimentação, atividade física e tabagismo, muitas vezes deixavam a desejar.

Confesso que não foi muito fácil, pois nunca realizei um trabalho de tal magnitude, e na verdade quando fiz minha graduação que conclui em 93, não fazíamos TCC, não precisávamos de trabalho de conclusão de curso. Tenho ainda bastante a apreender, mas creio que isto é apenas o início de uma caminhada.

6 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CURITIBA. **Diabete Melito tipo 2: Diretrizes de atenção á pessoa com Diabete Melito tipo 2**. Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

CURITIBA. **Hipertensão: Protocolo de Atenção à hipertensão Arterial Sistêmica**. Secretaria Municipal de Saúde, 2004.

DUNCAN, Bruce B. **Medicina ambulatorial**. Editora: Artmed, 2004

GUSSO, Gustavo; LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de Medicina da Família e Comunidade**. Editora: Artmed, 2012.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **IBGE Censo de 2010**.Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> .Acesso em 12 de março de 2013.

APÊNDICES

Apêndice 1 – Folder convidando para atividade física.

atividade física!!!!

US Umbará   

Ginástica:
Segundas e Quartas - 8h00
Onde? Capela N.S. Vitória

Alongamento:
Segundas - 9h30
Onde? Espaço Saúde

Venha com roupas e calçados confortáveis,
traga uma garrafa de água, e lembre-se de
fazer uma refeição leve antes de vir.
Orientação: Prof. de Ed. Física Diego

atividade física!!!!

US Umbará   

Ginástica:
Segundas e Quartas - 8h00
Onde? Capela N.S. Vitória

Alongamento:
Segundas - 9h30
Onde? Espaço Saúde

Venha com roupas e calçados confortáveis,
traga uma garrafa de água, e lembre-se de
fazer uma refeição leve antes de vir.
Orientação: Prof. de Ed. Física Diego

Apêndice 2 – Folder sobre alimentação

Excesso de peso

A alimentação saudável e a prática regular de atividade física são fatores fundamentais para a prevenção, o controle e o tratamento das doenças apresentadas no interior do folder e do excesso de peso. Deixamos algumas sugestões para você tomar seus hábitos e estilo de vida mais saudáveis:

- Não há como perder peso se o nosso pensamento não participar desse processo.
- A principal atitude está em "acreditar". Se você acreditar, será capaz de tudo.
- Tomar decisões e fazer escolhas saudáveis deverão fazer parte de suas conquistas.
- Não acredite em dietas que prometam perda de peso e mudanças de hábitos sem nenhum esforço e em poucos dias. ISSO NÃO EXISTE!
- A atividade física é fonte de entusiasmo que o corpo e a mente precisam para recuperar e manter a saúde. Para saber qual é a atividade física mais adequada para os portadores de doenças como hipertensão, diabetes, obesidade e outras, é necessária uma avaliação prévia e um acompanhamento mais específico orientado pela equipe de saúde e o profissional de educação física.
- Existem pensamentos que são automáticos e que nos conduzem a comer mesmo quando não estamos com fome.
- Identifique os fatores que levam você a comer. Pergunte-se: é de comida que preciso agora? Se não for, não coma! Procure outra atividade para fazer: como passear, ler, caminhar, dançar, tocar, trabalhar, conversar.
- E se mesmo assim decidir que vai comer, faça escolhas mais saudáveis, como por exemplo: coma uma fruta, mesmo sabendo que prefere um doce ou um salgado, e verá que com o tempo irá se acostumando com as trocas mais saudáveis. Tenha prazer ao comer, mastigue devagar, saboreie sua nova escolha. Pratique isso toda vez que for preciso. E se algum dia não conseguir resistir ao doce ou ao salgado que não fazem parte de seu programa de redução de peso, coma sem culpa!
- Lembre que comer alimentos saudáveis não é castigo! Quando cuidamos da quantidade e da qualidade do que comemos, podemos comer de tudo um pouco. NÃO DESSISTA DO SEU OBJETIVO! Viva um dia de cada vez e sinta orgulho de cada escolha saudável que fizer!
- Pense que se você conseguir mudar seus hábitos e reduzir um quilo por mês, no final de um ano você ficará 12kg mais magro! Seja persistente, tenha paciência e principalmente, faça isso por você!

Rótulos dos alimentos Informações nutricionais

Na hora da compra, sempre leia e compare as informações nutricionais entre dois ou mais produtos que sejam iguais ou semelhantes. Prefira os produtos com menor valor energético, com maior quantidade de fibras, os com menor quantidade de gorduras totais, gorduras saturadas, colesterol e sódio (sal) e os sem gordura trans. Veja o que significa cada um dos termos utilizados nesses rótulos:

PORÇÃO é a quantidade média do alimento que pode ser consumida em um dia. Atenção: geralmente a embalagem inteira possui mais do que uma porção; não cometa excessos.

VALOR ENERGÉTICO é o total de calorias por porção do alimento.

CARBOIDRATOS são fontes de energia necessárias para a realização de atividades no dia a dia. Diabéticos devem ficar atentos e evitar produtos que tenham como ingredientes: açúcar, frutose, glicose de milho, maltose etc.

PROTEÍNAS nutrientes importantes para a construção dos órgãos, tecidos e células.

GORDURAS TOTAIS soma de todas as gorduras do alimento. O excesso de gorduras nos alimentos aumenta os riscos de obesidade, diabetes, hipertensão e doenças do coração. Cuidado com alimentos ricos em gorduras.

GORDURAS SATURADAS e COLESTEROL presentes nos alimentos de origem animal. Escolha alimentos sem (0%) ou com o mínimo de gordura saturada e colesterol.

GORDURA TRANS são gorduras de origem vegetal hidrogenada, muito prejudiciais à saúde. Prefira os alimentos sem gordura trans.

FIBRA ALIMENTAR sua presença diária na alimentação é fundamental para a saúde.

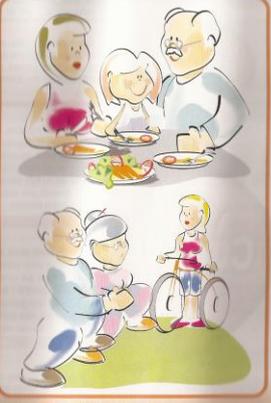
CÁLCIO mineral importante para o crescimento e manutenção de ossos e dentes.

FERRO mineral importante na formação das células vermelhas do sangue e no transporte de oxigênio. Previne a anemia ferropriva.

SÓDIO mineral importante, porém deve ser consumido com moderação, principalmente por pessoas com hipertensão arterial (pressão alta).

Alimentação Saudável

- Diabetes
- Pressão alta
- Colesterol e triglicérides elevados
- Excesso de peso



Logo of CURITIBA Prefeitura da Cidade, 1909/16/04/14/09

Apêndice 3 – Folder sobre alimentação

Pessoas com diabete, pressão alta ou hipertensão, colesterol ou triglicérides altos, sigam essas dicas:

Saudável

- Um prato saudável deve ser montado da seguinte forma: metade do prato deve ter vegetais e legumes, a outra metade deve ter arroz com feijão e um pedaço de carne magra (boi, frango ou peixe).
- Procure ter horários certos para comer. O intervalo entre as refeições não deve ser menor do que 2 horas e nem maior do que 4 horas. Faça 5 refeições por dia.
- Coma frutas, verduras e legumes todos os dias. Coma verduras (alface, acelga, couve, escarola, repolho etc.) e legumes (chuchu, cenoura, abobrinha, beterraba, jiló, berinjela, abóbora etc.) no almoço e no jantar; e frutas como sobremesas e lanches.
- Prefira alimentos integrais (arroz, pães e farinhas), que são ricos em fibras, auxiliam no funcionamento do intestino, no controle do diabete e do peso corporal.
- Prefira leite desnatado, queijos brancos ou iogurte desnatado (0% de gordura); são mais saudáveis e também são fontes importantes de cálcio.
- Coma feijão com arroz no mínimo 5 vezes por semana. O feijão pode ser substituído por lentilha, ervilha seca, grão de bico ou soja.
- Use o mínimo de sal no preparo dos alimentos. Substitua o sal por temperos naturais como salsinha, cebolinha, cebola, orégano, hortelã, limão, alho, manjeriço, sálvia, manjerona e alecrim.
- Prefira alimentos assados, grelhados ou cozidos. Para os molhos, utilize tomate, cebola, alho e outros temperos naturais.
- Beba no mínimo 6 a 8 copos de água todo dia. A água hidrata e auxilia em várias funções do organismo.
- LEIA SEMPRE OS RÓTULOS com as informações nutricionais dos produtos. FIQUE ATENTO! Prefira os que tenham pouca ou nenhuma quantidade de açúcar, de sódio (sal), gordura saturada e gordura trans.
- Procure caminhar, andar de bicicleta, dançar ou fazer qualquer outra atividade na qual se sintam bem e não fique cansado. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física (leve ou moderada) todos os dias. Antes de iniciar seu programa de atividade física, faça uma avaliação na unidade de saúde mais próxima de sua casa.

Atenção

- Coma com moderação pães, macarrão, arroz, massã, batata e mandioca. Prefira preparações cozidas e assadas; evite as frituras. O excesso desses alimentos na mesma refeição pode contribuir para o descontrole da glicemia no sangue e para o aumento do peso corporal.
- Use óleo (soja, milho, girassol, canola, azeite de oliva) com moderação. O óleo de canola ou o azeite de oliva extra virgem fazem bem, mas não devem ser utilizados em excesso (use no máximo 1 colher de sopa por dia). Lembre-se! Não aquecer o azeite de oliva; use-o em temperatura ambiente.

Diabete

- Evite comer arroz, macarrão, farinha, pão e batata na mesma refeição. Se for comer algum desses alimentos juntos, reduza as quantidades.
- Evite os alimentos que contêm sacarose (açúcar refinado, cristal ou mascavo), frutose, glicose, mel, melado, doces em geral, bolos e biscoitos recheados.
- Evite os refrigerantes, os sucos artificiais adoçados com açúcar e as bebidas alcoólicas. Evite tomar o suco puro da fruta; prefira comer a fruta natural.
- Evite comer carnes com gordura ou frango com pele. Evite leite e derivados integrais. Evite alimentos com gordura e as frituras em geral.
- Os produtos diet ou light não podem ter sacarose (açúcar), frutose, glicose de milho, maltose etc. e devem ter pouca ou nenhuma gordura saturada. LEIA OS RÓTULOS!
- Não é só o alimento que altera a glicemia. O excesso ou a falta de atividade física, o uso errado da medicação e o estresse também podem interferir no controle do diabete. Reduza o estresse.



Cuidado

Pressão Alta ou Hipertensão

- Evite comer carnes secas, salgadas, defumadas e embutidos como salame, apresuntado, mortadela, salsicha e linguiça, entre outros.
- Evite conservas como pickles, azeitona e palmito, enlatados como extrato de tomate, milho, ervilha etc. Esses produtos contêm muito sal.
- Evite os alimentos que contêm glutamato monossódico (encontrados em alguns temperos, caldos concentrados e sopas de pacote). OBSERVE OS RÓTULOS.
- Evite temperos prontos à base de sal, tipo alho e sal; sal temperado para carnes e aves; amaciante para carnes etc.
- Evite alimentos com gordura e as frituras em geral. Evite margarinas ou manteiga com sal.
- Evite salgadinhos para aperitivo como batata frita, amendoim salgado e salgadinhos de pacote, entre outros.
- Evite adicionar mais sal sobre os alimentos já preparados. Não deixe o salero na mesa.



Colesterol ou Triglicéridios Altos

- Evite açúcares, pães, massas, doces, refrigerantes e bebidas alcoólicas, se você estiver com os triglicéridios altos.
- Evite comer carnes com gordura (como a pele do frango), fígado de boi ou de frango, coração, banha, toucinho, mortadela, salame, apresuntado e camarão; são alimentos ricos em gordura saturada e colesterol.
- Evite as gorduras trans (gordura vegetal hidrogenada), que estão presentes nos produtos industrializados e nos produtos de panificação como bolos com recheios, biscoitos recheados, amantigados, folhados, empadas, sonhos, chique, bombas doces recheadas e em alguns tipos de pães.
- Evite tomar leite integral e comer queijos amarelos, nata, creme de leite, manteiga e sorvetes cremosos. Esses alimentos aumentam os níveis de colesterol no sangue.



ANEXOS

Anexo 3 – Documento do Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
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/FAMEDA/UFPEL

