

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção aos Hipertensos e Diabéticos na UBS Marcos Parente,
Marcos Parente/PI**

Guillermo Cruz Oramas

Pelotas, 2015

Guillermo Cruz Oramas

**Melhoria da Atenção aos Hipertensos e Diabéticos na UBS Marcos Parente,
Marcos Parente/PI**

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

Orientador: Estela Maris Rossato

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

O63m Oramas, Guillermo Cruz

Melhoria da Atenção aos Hipertensos e Diabéticos na UBS
Marcos Parente, Marcos Parente/PI / Guillermo Cruz Oramas; Estela
Maris Rossato, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

90 f. : il.

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

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença
Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Rossato, Estela Maris,
orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Para meus filhos,
Para o povo de Marcos Parente/PI
Para Cuba

Agradecimentos

Agradeço a Deus por me dar a oportunidade real para realizar o sonho de sarar pessoas

Gostaria de agradecer o meu governo por confiar em minha capacidade para cumprir a missão de melhorar a saúde das pessoas, ainda longe da pátria.

Gostaria de agradecer o Ministério da Saúde do Brasil por esta experiência, de mais médicos para a população mais carente, com a Estratégia de saúde da família-ESF

Agradeço à Prefeitura do município de Marcos Parente do estado do Piauí, sobretudo nas pessoas do Prefeito Manoel Emídio de Oliveira e a Secretaria da Saúde Sra. Edna Maria de Oliveira Carvalho pelo apoio incondicional fornecido em todos os tempos, pela atenção fornecida durante este tempo todo e o acolhimento permanente para as demandas de saúde da população.

Agradeço a Universidade Federal de Pelotas, no Rio Grande do Sul pela colaboração no desenvolvimento do projeto para a melhoria de hipertensos e diabéticos de nosso município e especialmente para a professora Estela Maris Rossato, que em meu processo de aprendizagem do Curso de Especialização em Saúde da Família e desenvolvimento condução e conclusão do projeto sempre teve palavras, frases, dicas, que nos fez enamorarmos da especialidade ainda mais e nos levou para um caminho de seriedade e educação continuada para a realização dos nossos objetivos, alcançar o conhecimento necessário para terminar com êxito o curso de especialização com humildade e firmeza, aperfeiçoando a nossa maneira de ser todos os dias.

Agradeço a minha equipe da saúde da família, sem ele não seria possível este sonho.

Resumo

CRUZ ORAMAS, Guillermo. **Melhoria da atenção aos Hipertensos e Diabéticos na UBS Marcos Parente, Marcos Parente-PI.** 90 folhas. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um dos principais fatores de risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral, tromboembólico ou hemorrágico, infarto agudo do miocárdio, aneurisma arterial, além de ser uma das causas de insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca. A maior parte das complicações que a HAS acarreta é experimentada por indivíduos que não estão diagnosticados como hipertensos. Por sua parte, o Diabetes Mellitus (DM) é uma doença metabólica que, quando não tratada adequadamente, pode trazer complicações como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência renal, alterações visuais, amputação do pé e lesões de difícil cicatrização. Sendo assim, a equipe de saúde da família da Unidade Básica de Saúde (UBS) Marcos Parente desenvolveu uma intervenção nos meses de março a maio de 2015 em conjunto com a Universidade Federal de Pelotas (UFPel), do Rio grande do Sul (RS), como parte do curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade de ensino a distância, com objetivo fundamental de melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos da UBS no município de Marcos Parente-PI. Utilizamos os Cadernos de Atenção Básica de HAS e DM do Ministério da Saúde (n^{os} 35 e 37). Utilizamos também a planilha de coleta de dados e a ficha espelho para a coleta e sistematização dos dados oferecidos pelo curso. Desenvolvemos ações em quatro eixos de atuação: organização e gestão do serviço, qualificação da prática clínica, engajamento público e monitoramento e avaliação. O município conta com uma população de 4453 habitantes, e o número de usuários envolvidos na intervenção foi de 219. Foram estimados para a intervenção 677 usuários hipertensos e 167 usuários diabéticos. A cobertura do programa de controle de HAS na análise situacional encontrava-se com 16,2% e para DM de 4,5%. Nós alcançamos ao final da intervenção uma cobertura de 31,5% (n=215) de usuários hipertensos e 68,9% (n=115) de usuários diabéticos cadastrados. A intervenção propiciou a extensão da cobertura de cuidados de usuários hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros médicos e de enfermagem, além da implementação de controles mais rigorosos, com periodicidade mensal, a realização de testes laboratoriais anualmente, avaliação odontológica e classificação de risco cardiovascular. Atingimos 100% dos usuários com orientação sobre alimentação saudável, para prática de atividade física regular, para os riscos do tabagismo e higiene bucal. Tudo isto acabou tendo um impacto positivo em várias áreas de atendimento de nossa UBS desde o acolhimento, atenção integral, a personalização do serviço e a funcionalidade das ações de prevenção. Foram definidas as funções de cada um dos membros da equipe de saúde, permitindo a observância de um maior número de pessoas, planejamento de consultas e controles aos usuários. Otimizamos o tempo para consultas de cuidados continuados e assim tivemos mais tempo para consultas de demanda espontânea. A equipe está mais integrada ainda do que no princípio, e vamos incorporar a intervenção na rotina do serviço ampliando o trabalho de conscientização da comunidade.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Equipe da UBS de Marcos Parente	13
Figura 2	Distribuição populacional por faixa etária. Município Marcos Parente, Piauí, janeiro 2014.	18
Figura 3	Distribuição populacional por categorias. Município Marcos Parente, Piauí, janeiro 201	19
Figura 4	Quadro demonstrativo da cobertura da atenção a hipertensos e diabéticos antes e após a intervenção	51
Figura 5	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.	52
Figura 6	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.	53
Figura 7	Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.	54
Figura 8	Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.	55
Figura 9	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.	56
Figura 10	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.	57
Figura 11	Proporção de hipertensos com prescrição dos medicamentos da farmácia popular/perdia priorizada na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.	58
Figura 12	Proporção de diabéticos com prescrição dos medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.	59
Figura 13	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.	60
Figura 14	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.	61
Figura 15	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.	63
Figura 16	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.	64
Figura 17	Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.	67
Figura 18	Reunião inicial com a comunidade e com a equipe de trabalho na UBS Marcos Parente, Janeiro 2015	82
Figura 19	Atendimento na comunidade de Marcos Parente com a ESF	83
Figura 20	Palestras na comunidade de Marcos Parente com a ESF	83
Figura 21	Atendimento domiciliar na área da UBS Marcos Parente com ESF	84

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACE	Agente de controle de endemias
ACS	Agente comunitário da Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
DM	Diabetes Mellitus
ECG	Eletrocardiograma
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
PI	Piauí
RS	Rio Grande do Sul
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	12
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	12
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	24
2 Análise Estratégica	26
2.1 Justificativa.....	26
2.2 Objetivos e metas.....	27
2.2.1 Objetivo geral.....	27
2.2.2 Objetivos específicos e metas	27
2.3 Metodologia.....	29
2.3.1 Detalhamento das ações	29
2.3.2 Indicadores	38
2.3.3 Logística.....	44
2.3.4 Cronograma.....	48
3 Relatório da Intervenção.....	49
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	49
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	52
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços.....	52
4 Avaliação da intervenção.....	54
4.1 Resultados	54
4.2 Discussão.....	70
5 Relatório da intervenção para gestores	73
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	73
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	79
Referências	80
Apêndices.....	82
Anexos	86

Apresentação

Este volume descreve uma intervenção denominada Melhoria da atenção aos Hipertensos e Diabéticos, na UBS Marcos Parente, município de Marcos Parente no estado de Piauí. A intervenção ocorreu nos meses de março, abril e maio do ano 2015 em conjunto com a UFPel, do Rio Grande do Sul (RS), como parte do curso de Especialização em Saúde da Família na modalidade de ensino a distância. Teve como objetivo fundamental melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos do município de Marcos Parente/PI.

O volume consta das seguintes partes:

1. **Análise situacional:** detalhando a situação problema que enfrentamos no início do projeto e a situação de saúde existente na UBS, a situação com as equipes de saúde da família e atenção primária no território.
2. **Análise estratégica:** constitui-se no projeto de intervenção, detalhando a justificativa do projeto, os objetivos e metas a alcançar e a metodologia utilizada no mesmo, descrevendo os indicadores de saúde e o cronograma das atividades.
3. **Relatório da intervenção:** no qual estão as ações previstas e desenvolvidas e não desenvolvidas, os aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços dentro da UBS
4. **Avaliação da intervenção:** mostramos os resultados e discussão da intervenção.
5. **Relatório da intervenção para gestores:** prestamos contas aos gestores das ações desenvolvidas dentro do projeto

6. **Relatório da intervenção para a comunidade:** prestamos contas a comunidade do projeto e a importância do mesmo para a população
7. **Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem:** análise crítica de todo o processo desenvolvido junto a Universidade desde o início da intervenção, expectativas iniciais e aprendizados decorrentes.
8. **Referências Bibliográficas:** as referências da bibliografia utilizada para a elaboração do projeto
9. **Apêndices:** Fotografias realizadas durante o projeto
10. **Anexos:** podemos encontrar as fichas espelhos disponibilizadas pela Universidade, documento de aprovação do comitê de ética da universidade, a planilha de coleta de dados e uma cópia dos termos de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Atualmente trabalho no município de Marcos Parente do estado do Piauí, com uma população de 4453 habitantes. O município de Marcos Parente possui duas unidades de saúde, uma das quais eu trabalho atualmente. Temos uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde (ACS), um dentista que trabalha de segunda a sexta, uma nutricionista, uma psicóloga que trabalha de segunda a sexta em duas seções alternando semanas, uma assistente social e uma fisioterapeuta que trabalha em duas seções de segunda a sexta.

A jornada de trabalho é de segunda a sexta-feira em duas seções, e de manhã toda a equipe trabalha em conjunto e com um atendimento de 20 a 25 usuários. Já na parte da tarde é livre demanda, incluindo visitas domiciliares e palestras, além das visitas a parcerias feitas com educação municipal. São realizadas reuniões semanais com os funcionários onde se trocam experiências e são discutidos também os casos que são avaliados pelo Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e requerem avaliação médica e também casos de risco que devem ser avaliados e visitados por cada um dos membros da equipe. Trabalho também no planejamento de consultas, visitas domiciliares, puericulturas, atenção pré-natal assim como grupos prioritários, como HAS, DM, Cardiopatias isquêmicas, doenças crônicas não transmissíveis, e atividades de promoção de saúde.

A relação dos profissionais com a Comunidade é muito boa sempre e trabalhamos para elevar o nível de conhecimento da população e melhorar a sua

saúde. São executadas também consultas em comunidades no interior do município, visitados uma vez por mês, onde a equipe da Estratégia de Saúde da Família (ESF) faz o trabalho de forma integral.

Também trabalhamos na realização de palestras com usuários nas diferentes comunidades. A UBS é composta por uma recepção com uma sala de espera, uma enfermaria onde atendem os usuários verificando a pressão arterial, o peso e aplicam medicamentos indicados pelo médico, uma farmácia com lotes de medicamentos para uso na UBS que podem adquirir após consulta com o médico. Um consultório médico que tem uma mesa para exame, uma sala para a enfermeira onde têm uma mesa ginecológica e mais condições, uma sala onde trabalham os membros NASF. Tem também uma sala para ACS, banheiro, cozinha e sala da vigilância em saúde.

Durante a nossa estadia já vi casos que não tinham sido vistos e que estavam fora de controle, usuários com feridas nos membros com pé diabético fora de controle, seus níveis de glicose fluando em níveis muito elevados.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Aspectos gerais do município:

Marcos Parente, um município brasileiro do estado do Piauí, localiza-se a uma latitude 07°07'14" sul e a uma longitude 43°53'40" a oeste, estando a uma altitude de 274 metros. Situa-se na microrregião de Bertolândia, mesorregião do Sudoeste Piauiense, tendo como limites os municípios de Guadalupe ao norte, ao sul com Landri Sales e Antônio Almeida, a oeste com Porto Alegre do Piauí e, a leste com Landri Sales e Jerumenha. Dista cerca de 354 km de Teresina.

Sua população estimada em 2012 era de 4453 habitantes e uma densidade demográfica de 5,73 hab/km (Ver distribuição populacional por faixa etária).

Aspectos de saúde do município:

A atenção básica municipal conta com 02 Equipes de ESF, 02 Equipes de Saúde Bucal (ESB) e 11 ACS e sete Agentes de Controle de Endemias (ACE), atingindo uma cobertura de 100% da população local.

No momento, o município de Marcos Parente possui duas unidades de saúde tradicionais, uma rural e outra urbana. A unidade 1, onde eu estou inserido, localiza-se dentro da cidade, e a unidade 2, conhecida como *Cocal*, fica na zona rural, no povoado do Cocal, distante cerca de 16 km da cidade. Cada uma das unidades básicas tem uma equipe de saúde da família, enfermeira, técnica de enfermagem, e ACS's. Além disso, cada uma tem dentista que trabalha de segunda à sexta, com uma auxiliar de consultório odontológico. Temos, além disso, uma equipe de agentes de endemias com um chefe e eles trabalham toda área de abrangência da UBS.

Juntamente com isto, a unidade também tem vacinação, recepção das amostras para laboratório e farmácia básica de saúde. Possui também uma equipe de NASF, composta por dois fisioterapeutas e uma nutricionista. Ainda não temos disponibilidade de atenção especializada, mas no município tem um hospital para atenção emergencial e os exames complementares são feitos na UBS e transportados ao município de Floriano, onde são feitas as análises.

A estrutura da UBS de Marcos Parente é um local projetado inicialmente apenas para um equipamento básico de saúde e que tem as seguintes estruturas internas: um espaço à esquerda para a recepção dos usuários, que são acolhidos de acordo com o manual do ministério da saúde. Como a estrutura está incompleta, está sendo realizada no momento a remodelação e ampliação da UBS.

Ao realizar as atividades da análise situacional, descobrimos que não temos a estrutura completa, mesmo que tenhamos acolhimento adequado e qualidade de serviço. O consultório do médico tem uma mesa, duas cadeiras, uma mesa lateral e uma pia, com boa iluminação e ar condicionado, além de uma cadeira ginecológica e uma pia, com duas cadeiras e um closet com equipamento completo para a realização das atividades de prevenção do câncer do colo de útero. Também tem um consultório onde a enfermeira realiza o acompanhamento de gestantes, crianças e usuários com doenças crônicas não-transmissíveis. Na unidade básica temos também um local para fazer a vacinação, confortável, com ar condicionado e uma geladeira para a manutenção de vacinas.

A unidade também tem um local para a farmácia, com ar condicionado e com um espaço confinado para o armazenamento e entrega à população de medicamentos indicados por mim e por outro médico. Temos um local destinado à consulta de nutrição, em que o nutricionista realiza consulta duas vezes por semana,

avalia a população que está aderindo ao programa Bolsa família e executa a avaliação de alunos nas escolas do município. Temos assim mais um local destinado ao lanche e café para os funcionários, que é um local pequeno, mas tem uma geladeira e uma pia para lavar louça.

A unidade tem na sua entrada uma estrutura para diminuir barreiras arquitetônicas, para que possam acessar mais facilmente usuários com deficiências motoras e aqueles idosos que têm dificuldades de locomoção e assim poder ofertar uma acessibilidade aos serviços de saúde para todos, estando em conformidade com o que se estudou nesta unidade.

Além disso, o local tem dois banheiros, um para usuários e outra para funcionários, e tem água para as necessidades diárias de toda a equipe e da população atendida. Tem em cada local um pote com detergente líquido para a lavagem das mãos e uma equipe para dispensar água fria para usuários no local usado para esperar consultas.

Neste local são dadas orientações de saúde pelo auxiliar de enfermagem e por nós, falando sobre os riscos das diferentes doenças. Temos em execução mais um projeto de remodelação e alargamento da unidade básica que está sendo executado no momento, bem como um projeto para a construção de uma unidade básica nova em torno da atual sede, que está sendo executado também e que deve estar pronto antes de final do ano 2015.

Dos equipamentos e utensílios de trabalho, podemos dizer que em nossa UBS não temos todos os equipamentos necessários para oferecer cuidados médicos com qualidade. Por exemplo, há um negatoscópio, e não existe na unidade um plano de manutenção e substituição equipamentos.

Em nossa UBS não há antropometria para adulto, é usado uma fita métrica que fura na parede e com ela é medida altura das pessoas, não há autoclaves para realizar a esterilização dos utensílios de trabalho, e toda a esterilização do município é realizada no hospital do mesmo, que tem mais condições.

Quando falamos de equipamentos e ferramentas de comunicação, identificamos que há um único computador localizado na secretaria da saúde, e não há ligação à Internet, com exceção da sala do secretário localizado na parte posterior da UBS. Não há telefone na Unidade, ou caixa de som, ou câmera fotográfica ou câmara de vídeo, ou projetor slides.

Em relação aos ACS, temos um único aparelho para pesagem, e todos se revezam para a conclusão da pesagem das crianças. Eles têm disponíveis bicicletas, mas não fazem uso, e na maior parte deslocam-se a pé, e quando são feitas visitas domiciliares utilizam o carro da UBS.

Em relação à vacinação, podemos dizer que o programa nacional de imunização com todas as vacinas disponíveis é garantido, sem faltar vacinas para mordidas de animais peçonhentos.

Os testes rápidos para detecção precoce de doenças sexualmente transmissíveis são disponíveis na unidade, mas não é realizado porque não há formação adequada da equipe especialmente em aconselhamento pré e pós teste.

As consultas com outras especialidades são feitas através de um agendamento por um profissional destinado pela secretaria de saúde para a facilitação do mesmo. É realizada tanto em Floriano, como em Teresina, e dependem da quantidade de especialidades que têm nos hospitais de referência.

Em nossa UBS, nós como médicos e junto com a enfermagem de acordo com os poderes ou atribuições dos profissionais fazemos as seguintes ações:

a) Mantemos atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal

b) Realizamos o cuidado da saúde da população adstrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, e quando necessário no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros)

c) Realizamos ações de atenção a saúde conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local.

d) Garantimos a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde.

e) Fazemos o acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde, procedendo a primeira avaliação (classificação de risco, avaliação de vulnerabilidade, coleta de informações e sinais clínicos) e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado.

f) Realizamos a busca ativa e a notificação das doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local

g) Praticamos o cuidado familiar dirigido a coletividades e grupos sociais com propostas e intervenções que influenciem os processos de saúde doença dos indivíduos, das famílias, coletividades e da própria comunidade.

h) Realizamos reuniões de equipes a fim de discutir em conjunto o planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis.

i) Acompanhamos a avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

j) Garantimos a qualidade do registro das atividades nos sistemas de informação na Atenção Básica.

k) Realizamos ações de educação em saúde a população adstrita, conforme planejamento da equipe.

l) Participamos das atividades de educação permanente

m) Promovemos a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social.

n) Identificamos parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais.

Com relação às atribuições específicas dos profissionais da atenção básica em nossa UBS, os ACS cumprem com os requisitos delimitados pelo governo tais como:

a) Identificar sinais e sintomas dos agravos/doenças e encaminhar os casos suspeitos para a Unidade de Saúde;

b) Acompanhar os usuários em tratamento e orientá-lo quanto à necessidade de sua conclusão;

c) Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas ao controle das doenças/agravos, em sua área de abrangência;

d) Orientar a comunidade quanto ao uso de medidas de proteção individual e familiar para a prevenção de doença;

e) Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores;

f) Planejar/programar as ações de controle das doenças/agravos em conjunto ao ACE e equipe da Atenção Básica/Saúde da Família.

Com relação a os ACE, eles cumprem os requisitos tais como:

a). Identificar sinais e sintomas dos agravos/doenças e encaminhar os casos suspeitos para a Unidade de Saúde;

b) Acompanhar os usuários em tratamento e orientá-los quanto à necessidade de sua conclusão;

c) Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade relativas ao controle das doenças/agravos, em sua área de abrangência;

d) Orientar a comunidade quanto ao uso de medidas de proteção individual e familiar para a prevenção de doenças;

e) Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores;

f) Realizar, quando indicado a aplicação de larvicidas/moluscocidas químicos e biológicos; a borrifação intradomiciliar de efeito residual; e a aplicação espacial de inseticidas por meio de nebulizações térmicas e ultra-baixo-volume;

g) Realizar atividades de identificação e mapeamento de coleções hídricas de importância epidemiológica;

h) Planejar/programar as ações de controle das doenças/agravos em conjunto ao ACS e equipe da Atenção Básica/Saúde da Família.

IDADE	MASCULINO	%	FEMININO	TOTAL	%
0-4	201	50,4	198	399	9,0
5-9	195	53,4	170	365	8,2
10-14	229	52,8	205	434	9,7
15-19	176	47,4	195	371	8,3
20-29	388	50,9	374	762	17,1
30-39	303	50,6	296	599	13,5
40-49	270	51,7	252	522	11,7
50-59	189	45,7	225	414	9,3
60-69	134	46,2	156	290	6,5
70-79	92	45,1	112	204	4,6
+80	42	45,2	51	93	2,1
TOTAL	2219	49,8	2234	4453	100,0

Figura 2 Distribuição populacional por faixa etária. Município Marcos Parente, Piauí, janeiro 2014

A distribuição da população por sexo e faixa etária do caderno de ações programáticas (CAP) parece estar de acordo com a distribuição da população por sexo e faixa etária na área de abrangência de nossa UBS. Só destaco que as mulheres gestantes não são em muita quantidade, são 20.

Agora, o número de crianças menores de 1 ano existentes em nossa área de abrangência é de 53 e, portanto, o número estimado parece estar de acordo com nossa realidade.

DENOMINADOR	No.	%	UBS
Mulheres em idade fértil (10-49 anos)	1451	32,6	1322
Mulheres entre 25 e 64 anos	1079	24,2	1147
Mulheres entre 50 e 69 anos	335	7,5	381
Gestantes na área - 1,5% da população total	67	1,5	20
Menores de 1 ano	67	1,5	53
Menores de 5 anos	134	3,0	399
Pessoas de 5 a 14 anos	832	18,7	799
Pessoas de 15 a 59 anos	2794	62,7	2668
Pessoas com 60 anos ou mais	474	10,6	587
Pessoas entre 20 e 59 anos	2363	53,1	2297
Pessoas com 20 anos ou mais	2983	67,0	2884
Pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão	677	22,7	459
Pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes	167	5,6	128

Figura 3 Distribuição populacional por categorias. Município Marcos Parente, Piauí, Janeiro 2014.

Dados inseridos no caderno das ações programáticas foram extraídos de um censo realizado na Secretaria de saúde de Janeiro do ano de 2012, não havia nenhum dados anteriores e ainda não existem após esta data.

Em relação ao registro específico para cada programa de ação, podemos dizer que nós consideramos as inscrições feitas pela enfermeira líder da equipe de saúde da família, que estava em seu poder e que contém dados e registros das ações tomadas nos últimos seis meses do ano 2014 e todos os dados obtidos a

partir desta revisão permanentemente são impressos como numerador na obtenção dos indicadores de qualidade da unidade básica na data de janeiro de 2015, portanto, dados são parcialmente errados, porque eles usam como denominador uma população registrada no ano de 2012, e como único numerador tivemos acesso aos dados dos últimos seis meses de serviço à população.

No que diz respeito a cuidados pré-natais com 1451 mulheres em idade fértil e uma estimativa de 66 segundo o MINSAL, eles só tinham registrado um total de 20, com tratamentos contínuos, mas muito baixa taxa de captação da gravidez

Em relação ao período pós-natal de 67 mulheres população estimada que devem seguir foram capturados um total de 53, que representa apenas 79% delas

Em relação a saúde das crianças de um total de 67 crianças a seguir só estavam sendo monitoradas um total de 53 em todo o município, é também um 79% deles.

No que se refere a câncer cervical, posso dizer uma estimativa total de 1079 mulheres com idade entre 25 e 64 anos, só que delas estavam com um exame de colpocitología nos últimos dois anos um total de 929 pacientes que representa 86%, e destes 280 só tinha o exame ao dia, apenas 30% deles

No que se refere a câncer de mama, de um total de 335 mulheres registrados na nossa área só tinham feito o exame de mamografia, um total de 22, e 115

Em relação à hipertensão arterial e diabetes mellitus, durante a discussão sobre o TCC foi abordado a explicação da origem dos indicadores e os denominadores para cada um deles

Tomando em conta a leitura feita do Caderno da Atenção Básica, no 28, capítulos 1, 2 e 3 e o Questionário de Processo de Trabalho - Atenção à Demanda Espontânea, podemos dizer que a demanda espontânea em nossa UBS é feita corretamente devido ao fato de não existir um excesso de demanda espontânea e os usuários são acolhidos na recepção da UBS pela recepcionista. Ela encaminha os usuários para as auxiliares de enfermagem que realizam uma avaliação: Pressão arterial, temperatura, altura, peso, e glicemia em alguns pacientes.

O número total de crianças menores de 1 ano de meu município é de 53. A população tem uma média de 3 ou 4 crianças por família, e além disso o município tem uma área de abrangência na zona rural de fato muito longe.

Em nosso município de residência, a enfermeira é quem realiza a puericultura, ela é responsável pela execução desta tarefa e a medição de parâmetros biológicos de cada criança, com o uso da caderneta das crianças. Realiza avaliação do estado de saúde das crianças com menos de um ano, e quando ela tem dificuldade passa-os para o médico. A captação dos recém-nascidos é executada antes dos primeiros sete dias de vida, tanto por parte do ESF nº 1 como o nº 2.

As enfermeiras tem um registro de todos os nascimentos da área de cobertura e um registro para cada uma das enfermeiras das equipes com a presença e ausência de crianças às consultas. É então levado a realização de vacinas e todos os dados relacionados às crianças em sua área.

A avaliação que nós podemos fazer da cobertura do atendimento às crianças da nossa área que é de 79%, ainda está faltando crianças para encontrar no município. Temos uma grande área rural e, além disso, há muitas crianças que, mesmo tendo o endereço na nossa área residem fora, Floriano ou em outro município e dois que vivem em Teresina.

Mais de 90% (94%) são acompanhados, como está estabelecido, mas há três crianças faltosas e os ACS precisam insistir para trazer crianças para consulta. Em 50 das crianças que temos registrado, o teste de pezinho foi realizado antes dos 7 dias, mas três são os que ainda não o fizeram e tem mais 2 meses de vida. A avaliação inicial é realizada nas casas do recém-nascido e é onde é realizada uma avaliação biológica, psicológica e social das crianças e seu ambiente, bem como os riscos de acidentes, nutrição, aleitamento materno e outros cuidados do recém-nascido. Uma avaliação oral é realizada na primeira consulta na UBS pelo dentista e fornece orientação para a mãe para a aplicação de vacinas e o tempo entre estas.

Os protocolos do Ministério de saúde são seguidos pelas enfermeiras que são muito capazes de fazer avaliações do recém-nascido. As crianças com menos de seis anos dificilmente vêm à puericultura pelas condições de socialização. No município onde os pais são trabalhadores, referem não ter tempo para essa ação de saúde.

Algumas das medidas que nós poderíamos fazer são:

- a) A nutricionista pode ver crianças não apenas casos com doenças, mas também saudável.

- b) O médico brasileiro completando a atenção para outro ESF pode trabalhar 40 horas por semana em cuidados primários e não como é agora que ele é só para a solução dos problemas agudos da doença da população no hospital local sem ações da prevenção, o que seria uma carga a menos e poderíamos trabalhar melhor.

Em relação à cobertura de pré-natal, nossa UBS acompanha um total de 20 grávidas, um número muito pequeno em relação ao número estimado de 67 mulheres grávidas no CAP, pois há um número indeterminado usuários sendo atendidos na cidade de Guadalupe com o Ginecologista ou Obstetra ou em Floriano, e só vêm para os serviços da UBS, para executar consultas puerpério e atenção para o recém-nascido.

Portanto, podemos dizer que a cobertura de pré-natal em nossa UBS é ruim, tendo em conta a atenção apenas destas 20 grávidas, ainda que os indicadores de qualidade de cuidados são ideais e superiores a 95% dos indicadores da estimativa. A cobertura do puerpério, porém, é de 79% uma vez que na UBS é dada atenção para 53 mulheres que têm dado à luz. Da estimativa das 67 mulheres, os indicadores de qualidade do programa de atenção para o puerpério são adequados.

Eu acredito que os indicadores de qualidade do programa estão bons, mas temos que trabalhar na captação das grávidas precocemente que acabam recebendo atenção em outros lugares e outros níveis de atenção, por isso é importante o trabalho na busca ativa destas grávidas.

Com relação ao atendimento das doenças crônicas em nossa UBS, são realizadas por toda equipe de saúde, e nele participam o médico, a enfermeira, a auxiliar de enfermagem, e os ACS, que são os que na comunidade realizam o trabalho na casa dos usuários orientando e educando sobre hábitos de vida saudável.

Em relação à HAS, a forma de registro com o prontuário clínico e a ficha individual de atendimento no caso de ser idoso, permitiu o preenchimento desta parte do CAP. A estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência de nossa UBS não é a realidade, porque existem muitos usuários com HAS que ainda não são diagnosticados e por enquanto temos ainda usuários sem tratamento médico ou com desconhecimento de sua doença.

A avaliação da cobertura da HAS é ainda insuficiente, já que só temos 459 usuários cadastrados, representando apenas 67,7% da cobertura. No entanto, os controles não foram verdadeiros, já que na maioria dos casos, mesmo nas guias

individuais de consulta os parâmetros não foram registrados e usuários foram cuidados por médicos específicos que fizeram guardas no hospital local sem acompanhamento regular de sua condição e os poucos indicadores da qualidade da atenção à HAS avaliados, se encontram com um bom desempenho.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS em minha UBS com relação a busca ativa de casos novos da doença, para a realização de avaliação e seguimento oportuno

Com relação à DM, podemos dizer que o registro que consta em nossa UBS permitiu o preenchimento desta parte do CAP, tanto os prontuários médicos assim como as fichas de atendimento individuais.

A estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área é de 167 usuários. Entretanto, apenas 128 foram registrados na UBS, representando uma cobertura de 76,7%. Estes dados foram tirados do banco da Farmácia Popular, mas na realidade eles não foram seguidos na UBS com controle adequado pela equipe. Sendo assim, é importante buscarmos mais usuários com a doença para realizar ações de saúde com eles, a avaliação que nós fazemos da cobertura é baixa. Portanto, acredito que a implementação de intervenções em saúde é importante tentar reduzir novos casos destas doenças e, assim, melhorar a qualidade de vida das pessoas.

Agora, olhando o CAP, os poucos indicadores da qualidade da atenção à DM avaliados são ótimos, embora com uma quantidade inadequada de usuários com diagnóstico. Mas usuários com DM são atendidos com qualidade e suas consultas feitas na hora com a realização de exames complementares e a educação em saúde.

Os aspectos do processo de trabalho que poderiam ser melhorados de forma a contribuir para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à DM em minha UBS estão relacionados com a pesquisa na população, com a realização de ações de saúde, e pesquisa ativa de diabéticos na comunidade.

Nós temos um total de 587 usuários com mais de 60 anos, 113 usuários a mais do que o CAP estima, os mesmos representam 13,1% de nossa população. Nós acompanhamos só 474, todos têm a caderneta de saúde da pessoa idosa, ninguém tem feito avaliação multidimensional rápida, nós não temos ainda feito o cadastro completo para falar números de pessoas idosas com hipertensão arterial

ou diabetes mellitus. Não conhecemos idosos de nossa comunidade com investigação de indicadores de fragilização na velhice, assim como ninguém tem também realizado um teste de risco de morbimortalidade.

Em nossa UBS a avaliação é feita pela equipe, formado pela enfermagem e medico, com atividades de grupos com idosos, uma vez por mês na comunidade, dando palestras sobre, hábitos alimentares e cuidados de saúde.

O povo de Marcos Parente pode também ser considerado um povo envelhecido, pois já tem mais 13,1 % da população com mais de 60 anos. Nossos idosos têm mais frequência de doenças crônicas não transmissíveis do processo de envelhecimento que ocasiona perdas funcionais como da visão, da capacidade de deambulação, que determinam também diminuição da autonomia e mais frequente queixas de quedas. Nosso atendimento a esta população foca também na preservação da funcionalidade, na preservação de sua autonomia, na inclusão social e em cuidados e tratamentos que visam melhorar a qualidade de vida.

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

Eu considero que a situação da UBS onde eu trabalho é semelhante à maioria das UBS do Brasil, com falta de pessoal para o trabalho e com uma sobrecarga de atenção, principalmente devido às dificuldades de acessibilidade e cobertura. Agora com a chegada dos médicos do programa Mais Médicos, os indicadores de saúde poderão ter melhoria, mas a solução não é a curto prazo. Indicadores de saúde da nossa população serão alterados no decorrer dos próximos dois ou três anos, e só depois de um ano do programa nós saberemos o verdadeiro impacto de nossas ações de saúde na Comunidade.

Há falta de estruturação da UBS e falta de materiais para trabalho, os profissionais que trabalho lá são muito capazes, com um elevado grau de compromisso com o trabalho, as necessidades são muitas e com o tempo acumulado, a educação para a população deve ser constante, para mudar os hábitos e estilos de vida, que estão ainda na população.

Fazendo uma comparação com relação às questões levantadas na segunda semana de ambientação, podemos dizer que nossas expectativas estão sendo atendidas e que a população do município, a princípio relutante em nossa atenção está agora mais acessível e pode fazer mais atividades de saúde e melhorar a

qualidade de vida da população com maior facilidade. Nós precisamos fazer ainda muitas coisas, mas os objetivos incluem-nos dentro da população, hábitos de trabalho e estilos de vida para mudá-los para melhorar a qualidade de vida da população deste município,

Minha impressão em relação ao trabalho que desenvolve na UBS é que precisam mudar várias coisas. Primeiro, a estrutura da unidade não é consistente com os parâmetros do SUS. Além disso, acho que as definições de casos e ações e protocolos são corretos, mas seria interessante saber qual seria o resultado se um trabalho mais intenso de busca ativa de casos de doenças crônicas não-infecciosas na população idosa for realizado e como seria o impacto das medidas de educação em saúde relacionados à prevenção de doenças infecciosas como a dengue, tuberculose e Hanseníase.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral, tromboembólico ou hemorrágico, infarto agudo do miocárdio, aneurisma arterial (por exemplo, aneurisma da aorta), doença arterial periférica, além de ser uma das causas de insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca. Mesmo moderado, o aumento da pressão sanguínea arterial está associado à redução da esperança de vida (BRASIL, 2013 a)

A maior parte das complicações que a pressão arterial elevada acarreta é experimentada por indivíduos que não estão diagnosticados como hipertensos. Deste modo, torna-se necessária a adoção de estratégias de redução das consequências da pressão arterial elevada e reduzir a necessidade de terapias à base de fármacos anti-hipertensivos. Antes de se iniciar qualquer tratamento, recomendam-se alterações do estilo de vida de modo a reduzir a pressão arterial.

Cuidados de saúde primários são a via principal que tem o Ministério da saúde e neste caso no Brasil, o SUS, com equipes de saúde da família, para detectar e tratar casos de hipertensão, bem como realizar busca ativa de novos casos da doença, assim como implementar atividades de educação de saúde para a maioria da população exposta, criando consciência do dano que pode fazer esta doença, bem como a diminuição da qualidade de vida e ter o risco de outras doenças.

Por sua parte o DM é uma doença metabólica caracterizada por um aumento anormal da glicose no sangue. A glicose é a principal fonte de energia do organismo. Porém, quando em excesso, pode trazer várias complicações à saúde (BRASIL, 2005; BRASIL, 2006), como por exemplo, o excesso de sono no estágio inicial, problemas de cansaço e problemas físico-táticos em efetuar as tarefas desejadas (BRASIL 2013 B).

Quando não tratada adequadamente, podem ocorrer complicações como infarto agudo do miocárdio, acidente vascular encefálico, insuficiência renal, problemas na visão, amputação do pé e lesões de difícil cicatrização, dentre outras complicações. O diabetes afeta cerca de 12% da população no Brasil (aproximadamente 22 milhões de pessoas) (BRASIL 2013 B).

A população do município de Marcos Parente é de 4453 habitantes, a estimativa do número de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência de nossa UBS não é a realidade (678 hipertensos), porque existem muitos usuários com HAS que ainda não são diagnosticados e por enquanto temos ainda usuários sem tratamento médico, ou com desconhecimento de sua doença.

A avaliação da cobertura da HAS é ainda insuficiente, já que só temos 459 usuários cadastrados, e sim atendimento adequado na UBS, de um total de 677 possibilidades de inclusão, que representa só 67,7 % da cobertura, mais os controles não foram verdadeiros, já que na maioria dos casos, mesmo nas guias individuais de consulta os parâmetros não foram registrados e pacientes foram cuidados por médicos específicos que fizeram guardas no hospital local sem acompanhamento regular de sua condição e os poucos indicadores da qualidade da atenção à HAS avaliados, se encontram com um bom desempenho.

Com relação à DM, a estimativa do número de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área é de 167 usuários e, destes, 128 foram registrados na UBS, representando uma cobertura de 76,6%. Estes dados foram tirados dos dados fornecidos pelo banco de Farmácia Popular, mas na realidade eles não foram seguidos de forma adequada na UBS.

Portanto, acredito que a implementação de intervenções em saúde é importante tentar reduzir novos casos destas doenças e, assim, melhorar a qualidade de vida das pessoas.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na UBS de Marcos Parente, no município de Marcos Parente-PI

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1:

Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos na área

Metas do objetivo 1:

- 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- 1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos**Metas do Objetivo 2:**

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa**Metas do Objetivo 3:**

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações**Metas do Objetivo 4:**

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

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

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

Metas do Objetivo 5:

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Metas do Objetivo 6:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Realizar-se-á um estudo de intervenção, durante o período de 3 meses, na população hipertensa e diabética do município de Marcos Parente pertencentes à UBS de Marcos Parente do estado de Piauí. Para realizar a intervenção utilizaremos os Cadernos de atenção básica nº 35 e 36 (BRASIL, 2013 a e b)

2.3.1 Detalhamento das ações

Eixo 1: Monitoramento e avaliação:

- **Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde**
- **Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos**

O monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde será realizado semanalmente a partir das análises feitas em reunião semanal da equipe de saúde da família, assim como a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos com a revisão sistemática do livro de marcação do laboratório clínico.

- **Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, e com a periodicidade recomendada.**

Todos os idosos atendidos serão rastreados para HAS, com PA verificada antes de qualquer consulta ou atendimento. Os diagnosticados com Hipertensão serão também rastreados para DM, com solicitação de exames complementares de rastreio, pelo menos anualmente. Será registrado na caderneta do idoso e na ficha-espelho, para monitoramento e avaliação do rastreamento destas doenças mensalmente.

Será monitorado o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e com a periodicidade recomendada.

- **Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.**

Será monitorado o número de hipertensos e diabéticos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período acompanhado, assim como a cobertura de atendimento odontológico de hipertensos e diabéticos em cuidados domiciliar na área de abrangência da unidade de saúde, com preenchimento da ficha-espelho odontológica e avaliação semanal da cobertura odontológica. Mensalmente será avaliado o avanço nessa cobertura.

- **Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.**

Será monitorado semanalmente o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia dos hipertensos e diabéticos na área de abrangência da unidade de saúde

O Monitoramento do número de hipertensos e diabéticos acamados ou com problemas de locomoção cadastrados, será realizado em reunião de equipe, quando poderá inclusive ser discutida a situação geral de cada um, as visitas realizadas e a periodicidade das próximas visitas de acordo com a necessidade de cada hipertenso e diabético acamado.

- **Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia)**
- **Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde**

Será monitorado a cada três meses o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de acordo a Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde, assim como o monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

- **Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.**

Monitorar-se-á ao menos uma vez por ano o número de hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, se orientará nutricionalmente sobre a realização de atividade física regular em todas as consultas aos diabéticos e hipertensos, se orientará em cada consulta sobre os riscos do tabagismo e sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos cadastrados.

Eixo 2: Organização e gestão do serviço

- **Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.**
- **Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e de DM.**
- **Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, e material adequado para realização do hemoglicoteste) na unidade de saúde.**

Os hipertensos e diabéticos serão acolhidos pela equipe de saúde. Serão cadastrados todos os hipertensos e diabéticos da área de cobertura da unidade de saúde após levantamento da população doente residente na área pelos ACS, para posterior atualização das informações do Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

Será garantido o material adequado para a tomada da medida da PA (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e do hemoglicoteste para os portadores de diabetes na unidade de saúde.

- **Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos.**
- **Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.**
- **Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.**
- **Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.**

Ficarão definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos e diabéticos organizando a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, estabelecendo uma periodicidade de seis meses para atualização dos profissionais, com a disposição de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

- **Garantir a solicitação dos exames complementares.**
- **Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.**

- **Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.**

Será garantido com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, através de gerenciar com ela e aprovar o aumento na lista de pacientes que têm prioridade para os exames, adicionando a esta lista os pacientes hipertensos e diabéticos e assim terão as mesmas prioridades tais como deficientes, idosos e mulheres com filhos nos braços.

- **Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.**
- **Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.**

Realizar-se-á o controle mensal de estoque (incluindo validade) de medicamentos, mantendo um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- **Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos**
- **Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.**

Serão organizadas as ações para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência, ao lado da equipe de saúde bucal, enviando em cada consulta aos hipertensos e diabéticos para consulta odontológica para avaliar e verificar que fez avaliação odontológica com a equipe de enfermeira e os ACS, além de sendo gravados no seu espelho de guia, fazendo nas reuniões da equipe de saúde verificar essas ações, e ficará organizada a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

- **Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos**
- **Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.**

Semanalmente, durante as reuniões de equipe se planejara as visitas domiciliares para buscar os faltosos com os ACS. Também será implantada a ficha de acompanhamento na UBS.

- **Manter as informações do SIAB atualizadas.**
- **Implantar a ficha de acompanhamento.**
- **Pactuar com a equipe o registro das informações.**
- **Definir reponsável pelo monitoramento dos registros.**
- **Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.**

Será organizado um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame pela enfermeira a atender consultas de médico em prévias com e, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

- **Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. • Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.**

Se priorizará pela enfermeira na consulta previa no atendimento dos hipertensos e diabéticos avaliados como de alto risco, planejando com equipe da Atenção Básica as ações para o atendimento desta demanda.

Eixo 3: Engajamento público

- **Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.**
- **Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos , pelo menos, anualmente.**
- **Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.**
- **Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.**
- **Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.**

- **Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.**
- **Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.**
- **Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.**
- **Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.**
- **Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.**
- **Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos).**
- **Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.**
- **Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).**
- **Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.**
- **Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.**
- **Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.**
- **Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).**

Será realizada uma palestra inicial para a comunidade para esclarecimentos iniciais, detalhando aos mesmos o projeto e as ações que serão desenvolvidas, explicando sua importância.

Os aspectos que serão abordados:

- a) Existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- b) Importância de medir a PA a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente.

- c) Importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- d) Fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente, necessidade de realização de exames complementares.
- e) Direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
- f) Importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.
- g) Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- h) Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
- i) Direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.
- j) Importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).
- k) Importância da alimentação saudável, e da prática de atividade física regular, e a importância da higiene bucal.
- l) Existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Durante as visitas domiciliares e consultas de enfermagem, odontológica e médica as orientações serão reforçadas e os ACS orientados para repassar as informações.

Será realizada uma capacitação que inclui:

- a) Realização de exame clínico apropriado.
- b) Seguimento do protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.
- c) No tratamento da hipertensão e diabetes.

- d) Orientação aos usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- e) Avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos

Eixo 4: Qualificação da prática clínica

- **Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.**
- **Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito e para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.**
- **Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.**
- **Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.**
- **Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.**
- **Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. "**
- **Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos**
- **Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.**
- **Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético**
- **Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.**
- **Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.**
- **Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.**
- **Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.**

A equipe será capacitada durante as reuniões semanais da equipe com discussão sobre o programa de hipertensão e diabetes e como cada um deve exercer sua função, assim como para verificação da PA de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.

A equipe será capacitada para o acolhimento aos hipertensos e diabéticos, de acordo com a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2010). Os ACS e os Técnicos de Enfermagem (Que já devem ter conhecimento)serão capacitados no primeiro trimestre do ano 2015 para realização do hemoglicoteste em adultos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg assim como também os Técnicos de Enfermagem (os quais já devem ter conhecimento também) e os ACS serão capacitados para a busca dos hipertensos e diabéticos que não estão realizando acompanhamento em nenhum serviço, assim como para o cadastramento dos hipertensos e diabéticos acamados ou com problemas de locomoção de toda área de abrangência. Eles serão orientados sobre o cadastro, identificação e acompanhamento domiciliar desses hipertensos e diabéticos, e orientados para o reconhecimento dos casos de hipertensos e diabéticos que não se encaixam neste grupo que necessitam de visita domiciliar.

Capacitar-se-á a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, falando com eles da importância do registro desta avaliação.

Nas reuniões com equipe se falará sobre o controle dos fatores de risco modificáveis e sobre práticas de alimentação saudável, assim como sobre metodologias de educação em saúde, promoção da prática de atividade física regular, e também sobre o tratamento de tabagistas.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1: Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos na área

Metas do objetivo 1:

Meta 1.1. Cadastrar 80 % dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1 Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde.

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

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

Meta 1.2 Cadastrar 80 % dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

Indicador 2.3 :Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Indicador 2.4 : Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Indicador 2.5 : Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

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

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

Indicador 2.6: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

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

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

Indicador 3.1: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

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

Indicador 3.2: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Objetivo 4 Melhorar o registro das informações

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

Indicador 4.1: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 5 Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6 : Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de HAS e DM vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e DM do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013 a e b). Utilizaremos a ficha de hipertensão e diabetes disponível no município e a ficha espelho disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, e dados relativos a classificação de risco dos hipertensos e diabéticos. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e a enfermeira vão elaborar uma ficha complementar.

Em relação à utilização de manuais técnicos, serão utilizados os cadernos de atenção básica Nº 35 e 36 de 2013. Em relação ao registro das ações, para facilitar a monitoramento das ações de saúde e intervenção, podemos especificar que serão utilizadas também as fichas de atendimento individual do hipertenso e diabético, do Ministério da Saúde.

O monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à HAS e à DM da unidade de saúde será realizado semanalmente a partir das análises feitas em reunião semanal da equipe de saúde da família, assim como a realização de exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos com a revisão sistemática do livro de marcação do laboratório clínico.

Os ACS serão os encarregados de fazer o rastreamento para HAS dos idosos da área de abrangência, os diagnosticados com Hipertensão serão também rastreados para DM, com solicitação de exames complementares de rastreio, pelo menos anualmente. Será registrado na caderneta do idoso e na ficha-espelho, para monitoramento e avaliação do rastreio destas doenças mensalmente.

Será monitorado pelo médico e a enfermagem o número de hipertensos e diabéticos cadastrados na Unidade em acompanhamento odontológico no período acompanhado, assim como a cobertura de atendimento odontológico de hipertensos e diabéticos em cuidados domiciliar na área de abrangência da unidade de saúde, com preenchimento da ficha-espelho odontológica e avaliação semanal da cobertura odontológica. Mensalmente será avaliado o avanço nessa cobertura.

Será monitorado pelo médico, semanalmente o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia dos hipertensos e diabéticos na área de abrangência da unidade de saúde.

A intervenção será controlada pelo Conselho de saúde municipal, em relação à frequência das consultas de acordo com o protocolo de cuidados de tais doenças e a qualidade dos registros será avaliada pela Secretaria de saúde ou do pessoal designado por ela. Será monitorado a cada mês o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo de acordo a Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, assim como o monitoramento da qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Será efetivado um estudo do monitoramento de variáveis de risco dos usuários observadas em seus arquivos, pelo menos uma vez por ano para ajudar na estratificação de risco de hipertensos e diabéticos, que será realizado pelo médico e a enfermeira, que ajudarão em estudos epidemiológicos de ferramentas de estratificação. Esse estudo, que será feito apenas uma vez por ano é feito com os arquivos de todos os usuários que é extraído pelo serviço da área, fatores de risco de doenças ou complicações associadas a doenças que têm, por exemplo: idade,

controle das cifras da tensão arterial, controle da glicemia, hábitos tóxicos, alimentação, pratica de exercício físico, assistência a consultas, como um instrumento de trabalho que forma parte da rotina do trabalho da UBS.

As guias de cuidados personalizados serão preenchidos começando com os dados gerais do usuário, bem como os dados de seu ambiente social e familiar. Em seguida, o mesmo questionário, define os riscos a que estão sujeitos esses usuários na vida cotidiana, tais como riscos biológicos, psicológicos e sociais

O médico e enfermeira vão realizar um programa de consultas nas quais serão atendidos todos os hipertensos e diabéticos na área a cada três meses, bem como o planejamento de consultas com especialistas para estas doenças.

Estimamos alcançar com a intervenção 542 hipertensos e 134 diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das 600 fichas espelho necessárias e para imprimir as 600 fichas complementares que serão anexadas às fichas espelho. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica e coleta de dados.

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

Será garantido o material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e do hemoglicoteste para os portadores de diabetes na unidade de saúde. Isso será efetivado a través da secretaria de saúde e o médico, os mesmos realizaram um planejamento das necessidades de material para UBS, como esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica, glicômetro, e fitas de medição da glicemia. Na reunião mensal da equipe de saúde, será realizado o controle de tarefas pelo conselho municipal de saúde.

Ficarão definidas as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de hipertensos e diabéticos organizando a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, estabelecendo uma periodicidade de seis meses para atualização dos profissionais, com a disposição de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Será garantida com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo. Será emitido um documento pelo médico e enfermeira e entregue na reunião semanal, verificando o conhecimento dos poderes de toda a equipe nas reuniões semanais, detalhando as ações por cada um dos membros da equipe de saúde. A atualização dos profissionais ocorrerá a cada seis meses.

Serão avaliadas pela secretaria de saúde uma vez por mês a agilidade da realização do laboratório de testes com o chefe do laboratório e com a responsável pela marcação dos mesmos a nível municipal

Realizar-se-á o controle mensal de estoque (incluindo validade) de medicamentos, com o atendente da farmácia, mantendo um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Serão organizadas as ações pelo responsável do atendimento odontológico para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência e ficará organizada a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Semanalmente, durante as reuniões da equipe semanais se planejará as visitas domiciliares para buscar os faltosos.

3 Relatório da Intervenção

O tema escolhido pela equipe de saúde da família para desenvolver o projeto da intervenção foi a melhoria da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS Marcos Parente, do município de Marcos Parente/PI.

A equipe teve muitas motivações sobre o projeto, encontra-se envolvida e entusiasmada com a intervenção, já que são duas doenças crônicas não transmissíveis que ocorrem com muita frequência em nossa população.

Tudo foi feito segundo o cronograma e tivemos a facilidade da programação organizada, foi entregue uma caderneta a cada dos usuários com alguns dados das consultas feitos e a data da próxima consulta. Com isto, os usuários estão comparecendo à unidade sem problema algum, sem ter que fazer busca ativa dos mesmos. A equipe está entusiasmada por estes resultados. A todos os hipertensos ou diabéticos realizou-se uma ficha espelho com a avaliação antropométrica e PA e a inclusão de medicamentos e testes de laboratório. Isso serve para o monitoramento das ações com este grupo de usuários, para controle mensal de hipertensos e diabéticos do UBS.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

A secretaria de saúde do município tomou conhecimento da intervenção, ficou entusiasmada e ofereceu apoio em cada passo do processo de trabalho em todos os aspectos. Foram combinadas todas as estratégias de trabalho, sobretudo relacionado com materiais a utilizar, insumos e transporte.

A intervenção chegou à semana 12 e avançamos de maneira tranquila, sossegada, aumentando em todas as semanas o número de hipertensos e diabéticos cadastrados. Temos cadastrados um total de 219 pessoas.

Em relação às ações planejadas e realizadas no projeto, podemos dizer que, de acordo com as disposições do protocolo do projeto, as seguintes atividades foram realizadas:

Realizamos uma palestra inicial para a comunidade onde muitas dúvidas foram esclarecidas em relação ao projeto e o uso dos protocolos na UBS, bem como a busca inicial em cada uma das áreas de ACS.

Ações de educação de saúde foram realizadas uma vez por semana, com a presença do médico, da enfermeira, do auxiliar de enfermagem e dos agentes comunitários de saúde que participaram de todas essas ações, tendo uma alta aceitabilidade da população em cada uma das regiões, atendendo trabalhadores comunitários foram citados para essas atividades e em que participaram mais de 60% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Foram conduzidas avaliações semanais com reuniões de equipe, para a atualização do banco de dados de hipertensos e diabéticos inscritos no sistema, e exames clínicos realizando revisão do livro de laboratório da UBS.

Foram feitas busca ativa e triagem de usuários com idade de 20 anos ou mais para a detecção da pressão arterial elevada. Além disso, realizou-se teste de glicose para a determinação de glicemia capilar. Também foi realizado um rastreamento dos tratamentos odontológico feitos para eles e identificados os usuários que nunca tinham sido vistos pelo dentista, para os quais foram agendadas consultas para a sua avaliação.

Foi monitorado o uso de drogas e o uso de medicamentos da farmácia popular, incentivando a utilização dos mesmos como um meio mais eficaz de controle da doença. Foi garantido o material adequado para a tomada de pressão arterial e para o rastreio da população em relação ao DM, e comprada um aparelho e 300 fitas só para o projeto.

Os poderes de cada membro da equipe foram definidos em matéria de investigação e controle dos hipertensos e/ou diabéticos. Foram capacitados o pessoal da equipe de saúde, ACS, o auxiliar de enfermagem e o enfermeiro nas atividades do projeto e os protocolos adotados na UBS.

Por meio da negociação com o gestor municipal foi feita a racionalização da realização dos testes laboratoriais para hipertensos e diabéticos em toda a área da equipe. Foi realizada uma revisão mensal de medicamentos em unidade básica para o controle destas doenças, bem como o estoque da farmácia popular. Foram

desenvolvidas ações de promoção da saúde que levaram para a odontologia o maior número de possíveis avaliações.

Priorizamos o cuidado de hipertensos e diabéticos em risco, realizando ações neste grupo de usuários. Em resumo podemos dizer que as ações previstas para todas estas semanas foram:

Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o Manual Técnico de HAS e Diabetes estabelecimento o papel de cada profissional na ação programática. Cadastramos os usuários com HAS e DM da área adstrita no programa, fizemos contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática de HAS e DM solicitando apoio para a captação de usuários e para as demais estratégias que foram implementadas. Como atividade fundamental, realizamos a avaliação clínica, exame físico e laboratorial, ações de promoção de saúde, registros nas fichas espelhos. Capacitamos os ACS para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos e realizamos a busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas. E durante os três meses, o monitoramento da intervenção.

Tudo foi feito segundo o cronograma e tivemos a facilidade da programação organizada. Além disso, foi entregue uma caderneta a cada um dos usuários com alguns dados das consultas feitos e a data da próxima consulta. Com isto, os usuários estão comparecendo à unidade sem problema algum, sem ter que fazer busca ativa dos mesmos. A equipe está entusiasmada por estes resultados. A todos os hipertensos ou diabéticos realizou-se uma ficha espelho com a avaliação antropométrica e PA e a inclusão de medicamentos e testes de laboratório. Isso serve para o monitoramento das ações com este grupo de usuários, para controle mensal de hipertensos e diabéticos do UBS.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Está ainda pendente a avaliação trimestral da intervenção e a avaliação anual, mas isso ocorre porque ainda existem usuários a ser avaliados e que toda a comunidade da nossa UBS não foi vista em sua totalidade.

Uma dificuldade que devemos ter em consideração ao analisar os resultados da intervenção é que o prazo para a intervenção de 16 semanas caiu para 12, mas isso não foi problema, pois a intervenção foi bem implantada, bem integrada e as

metas qualitativas foram atingidas, sendo de muita importância o envolvimento da equipe, a sistematização da ação programática, atendendo ao protocolo e a integração da intervenção à rotina do serviço.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Não tivemos dificuldades com a coleta de dados, pois a planilha fornecida pelo curso está bem estruturada. Ela contém todas as informações, faz o cálculo dos indicadores de maneira semanal, além disso, a orientadora da turma mantém atenção semanal ao comportamento dos indicadores e faz sugestões adequadas para melhorar o trabalho.

Os ACS têm um papel importante e chave, pois eles são o vínculo principal entre a UBS e a comunidade além de garantir que todas as informações e ações sejam orientadas e cumpridas na hora certa.

Os exames são feitos em tempo para procurar um bom controle na saúde tanto para os usuários do estudo como para toda a comunidade. Só que demoram um pouco em chegar os resultados. Tem um prazo de 15 a 30 dias.

Contamos com versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde, solicitamos ao gestor municipal a confecção das fichas espelhos do projeto, não tendo problemas com sua impressão.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Com certeza a incorporação da intervenção para o controle dos hipertensos e diabéticos na unidade básica traz melhoria na qualidade de vida e controle das patologias destes usuários, e a incorporação da intervenção na rotina da UBS irá gerar avanços substanciais na qualidade de atendimento.

Uma ação necessária será discutir com a comunidade a importância de aferir a PA a partir dos 18 anos, pelo menos uma vez ao ano, já que é a mais frequente das doenças cardiovasculares, é também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como Acidente Vascular Cerebral e Infarto Agudo do Miocárdio, além da Doença Renal Crônica terminal.

Continuaremos dando ênfase nos riscos das doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e/ou diabetes, sobre a necessidade de

realização de exames complementares para avaliar suas taxas uma vez ao ano, tudo isso mediante a realização de ações de prevenção e promoção de saúde na comunidade.

Continuaremos com algumas atividades educativas de palestra com um tema geral acerca da alimentação saudável e a prática de exercícios físicos em portadores de HAS e Diabetes.

Os usuários com melhor acompanhamento foram os portadores das duas doenças juntas. O portador do diabetes importa-se muito mais com sua doença que o hipertenso.

A equipe sente-se parte ativa deste processo, e isso constitui por sua vez com uma facilidade em nosso trabalho, da mesma forma, a disponibilidade do protocolo de atuação e o apoio dos gestores durante a intervenção. Eu acredito que esta estratégia de trabalho está sendo ótima e vai ser muito boa para a população, e que fique fazendo parte da rotina do trabalho na UBS.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Esta intervenção foi estruturada, visando melhorar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBS Marcos Parente, durante o período de março a maio de 2015, a qual atende uma área de abrangência urbana no Município de Marcos Parente, no estado do Piauí.

Acabamos optando por utilizar as estimativas do VIGITEL (2011), presente na planilha de dados, pois de acordo com o nosso julgamento, essa estimativa está mais próxima da realidade do que a estimativa do Caderno de Ações Programáticas. Sendo assim, o número estimado de hipertensos para o município de Marcos Parente é 677 pacientes e de diabéticos é de 167, e estes serão os denominadores para calcular a cobertura de tratamentos antes e após a intervenção.

Resultados referentes ao Objetivo de ampliar a cobertura à hipertensos e/ou diabéticos na área

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2. Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

Trabalhamos inicialmente com uma cobertura para pacientes hipertensos de 67,7%, que são os 459 pacientes relatados na Farmácia Popular do número total estimado de 677, que nos serviu de base para o cálculo da cobertura na intervenção, e cujos pacientes não tiveram acompanhamento adequado pela UBS,

assim decidimos ter como um dos nossos objetivos aumentar a cobertura de 80%, sempre tendo em conta a estimativa inicial de 677 pacientes pela planilha de coleta de dados para o cálculo da cobertura, de acordo com a nossa população

Em nossa intervenção após três meses, a equipe só foi capaz de atingir um total de 213 pacientes hipertensos que representaram só um 31,5 % de cobertura, todos eles agora sim, com acompanhamento adequado pela UBS com controles adequadamente executados em suas folhas de atendimento individual e exames realizados e avaliados, bem como uma estratificação de risco cardiovascular efetivada e adequada educação para a saúde, assim como uma avaliação oral

A figura 2 representa a cobertura de 12,6% da população cadastrada no programa de atenção aos hipertensos em nossa UBS no primeiro mês de realização do projeto, 85 hipertensos foram cadastrados, aumentando para 185 no segundo mês da intervenção terminando o terceiro mês de intervenção com 31,5% de cobertura (213 hipertensos) de atendimento no programa de atenção aos hipertensos em nossa UBS.

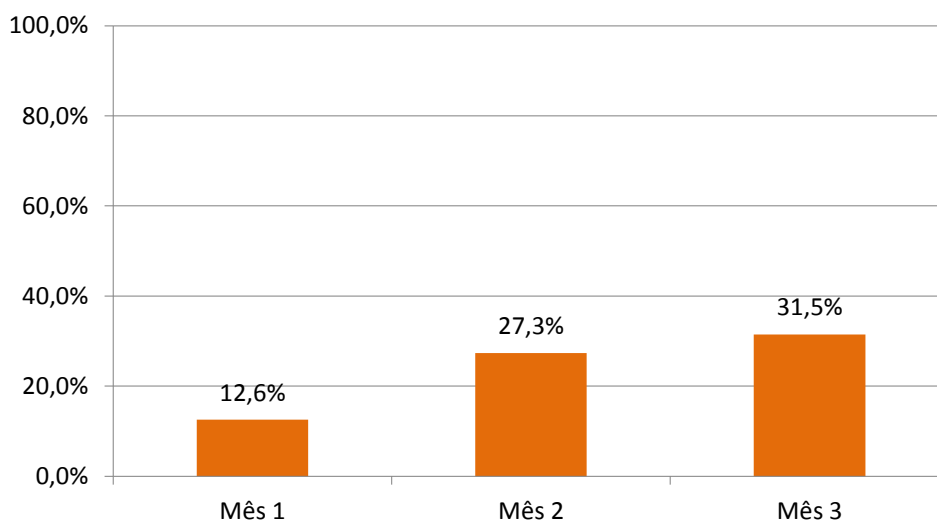


Figura 5 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.

Com relação aos diabéticos no primeiro mês, a cobertura foi de 21,6% (36). No segundo mês a cobertura passou para 62,3 % (104) e no terceiro mês foi para 68,9% (115), onde toda a equipe trabalhou intensamente para melhorar este indicador. A equipe conseguiu alcançar a meta de 68,9% apesar da redução do período da intervenção, em que os ACS tiveram um papel essencial na realização

deste objetivo, pois realizaram a busca dos usuários com a realização das visitas domiciliares e o cadastro dos usuários no programa de atenção à HAS e DM.

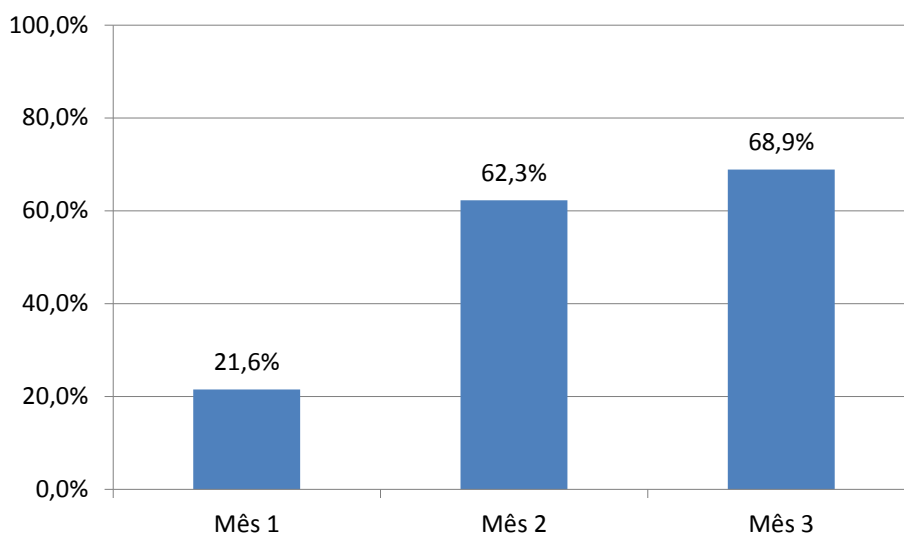


Figura 6 Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

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

Indicador 2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Tendo em conta o atraso na chegada dos resultados dos exames complementares feitas para os usuários da UBS, em uma reunião da equipe, decidimos realizar avaliação de risco clinicamente, porque se esperamos pelos resultados poderíamos correr o risco de ter que adiar a intervenção, mas nestes momentos finais do projeto já ficam avaliados todos os usuários do ponto de vista cardiovascular com os complementares e não existem diferenças significativas em relação à avaliação clínica inicial

No primeiro mês, 98,8% (84) dos usuários tiveram exame clínico apropriado conforme o protocolo. No segundo mês, 99,5% (184) dos usuários tiveram exame clínico apropriado e no terceiro mês 99,5% (212) dos usuários tiveram exame clínico apropriado, e em relação a isto, podemos dizer que as consultas de saúde se mantiveram durante toda a realização do projeto, uma vez que as consultas foram realizadas, nos lugares planejados para a realização de cadastros dentro da

comunidade, com o uso de esfigmomanômetro e das ferramentas necessárias para executar os atendimentos.

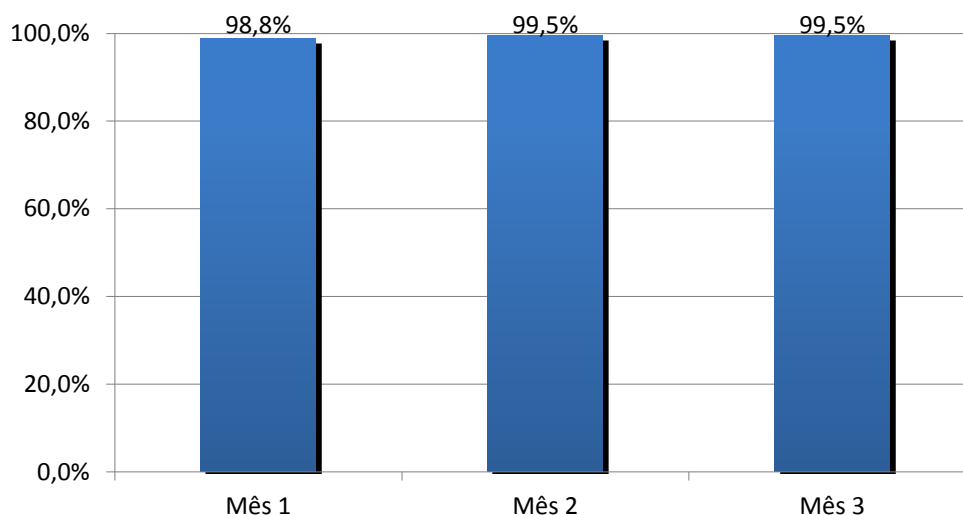


Figura 7 Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.

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

Indicador 2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

No primeiro mês tivemos 97,2% (35) de usuários diabéticos com exame clínico apropriado. No segundo mês foram 99,0% (103) dos usuários com exame clínico apropriado e no terceiro mês 99,1% (114) dos usuários diabéticos com exame clínico apropriado. Podemos dizer que as consultas de saúde se mantiveram durante toda a realização do projeto, uma vez que as consultas foram realizadas na UBS e além disso nos lugares planejados para a realização de cadastros dentro da comunidade, com o uso de medidor de glicemia e as ferramentas necessárias para executar os atendimentos

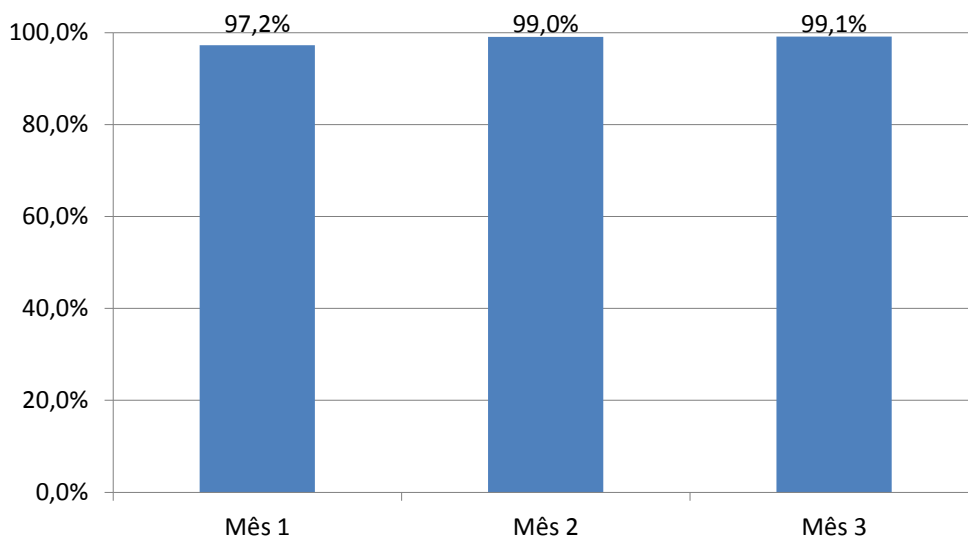


Figura 8 Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.

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

Indicador 2.3. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ao final do primeiro mês de intervenção 4,7% (4) dos usuários hipertensos cadastrados estavam com exames complementares em dia. No segundo mês, atingimos 85,4% (158) com os exames complementares em dia e no terceiro mês atingimos 85,9% (183) de usuários hipertensos com exames complementares em dia.

Enfrentamos algumas dificuldades como o tempo de demora na realização destes exames por parte do município, devido à alta demanda de usuários, além disso, os exames são coletados no município, mas são transportados para o município de Floriano. Estes resultados levam mais de 15 dias para ser liberados, o que dificulta a avaliação dos mesmos, o que repercutiu nos resultados da intervenção. A realização do eletrocardiograma, somente é possível de ser realizada na rede privada, e agora na Unidade Mista de nosso território. Entrou-se em contato com a gestão, solicitando agilidade na realização destes exames.

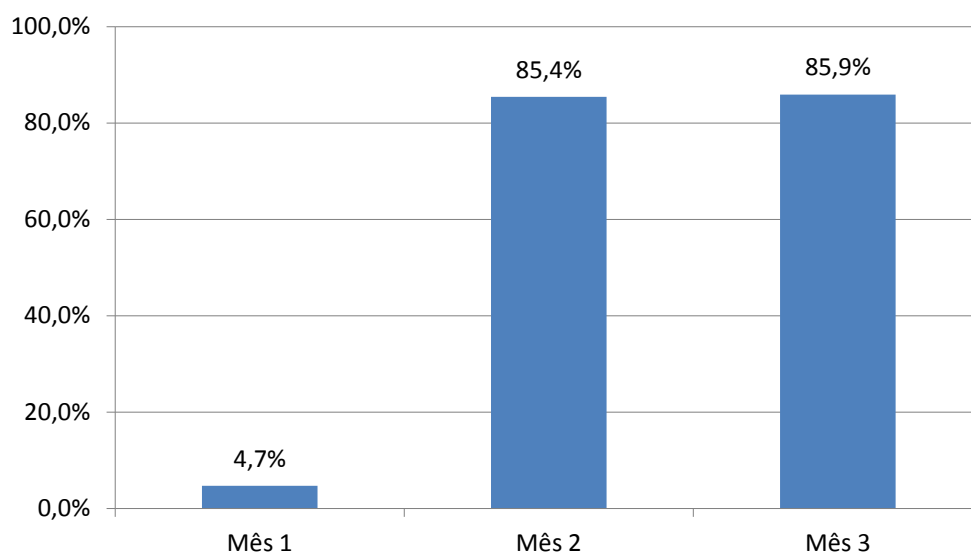


Figura 9 Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.

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

Indicador 2.4. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

No primeiro mês 8,3% (3) dos usuários diabéticos com exames complementares em dia. No segundo mês, 85,6 % (89) dos usuários diabéticos com exames complementares em dia e no terceiro mês foi possível atingir 86,1% (99) de usuários diabéticos com exames complementares em dia.

Enfrentamos algumas dificuldades como o tempo de demora em realização destes exames por parte do município, além disso, o tempo de chegada destes exames que levavam mais que 15 dias, dificultando a avaliação dos mesmos.

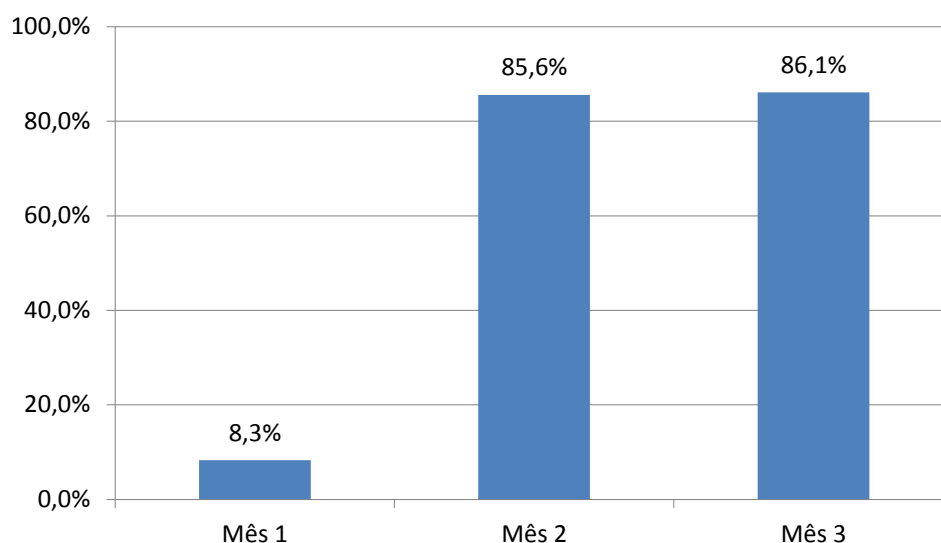


Figura 10 Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.

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

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

No primeiro mês 76,5% (65) dos usuários hipertensos tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia. No segundo mês, 88,6% (163) dos usuários hipertensos tiveram prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e no terceiro mês, o número de hipertensos com prescrição de medicamentos foi de 88,2% (187).

Analisando mais detalhadamente, podemos dizer que 213 usuários com hipertensão arterial, no final do terceiro mês de intervenção, subtraindo-se os dois que têm seu controle sem medicamentos, 187 deles precisam de medicamentos através de programas de Hiperdia ou a Farmácia Popular, 88,2%, ou aproximadamente 9 de cada 10 hipertensos usa este serviço. O restante, um total de 26 usuários ao final do terceiro mês, (22,4 %) faz uso de outras formas de controle, com medicamentos administrados por especialistas de outros lugares como Floriano e Teresina, e, aliás, existem várias delas, tendo a hipertensão arterial sistêmica, insuficiência cardíaca ou uma síndrome coronariana isquêmica que periodicamente são avaliados em outros níveis de cuidados.

É muito importante que este número diminuiu ainda mais. Como um dos objetivos finais de atingir com o projeto, de 44 % aproximadamente no segundo mês a 22,4 % ao final do terceiro mês, o que significaria que um maior número de usuários pode ser controlado em cuidados de saúde primários e não precisa ser encaminhado a outros níveis de cuidados do sistema, porque seus sofrimentos podem ser controlados suficientemente com a lista de medicamentos oferecidos na UBS ao lado de sua casa e com a adoção de hábitos e estilo de vida saudáveis.

Alguns usuários são acompanhados por outros profissionais da rede privada, portanto foram prescritos com medicações que não estava disponibilizado na farmácia popular. Ressalta-se que teve usuários que foi preciso realizar mudanças propostas no seu tratamento. Buscamos divulgar sobre os direitos a ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

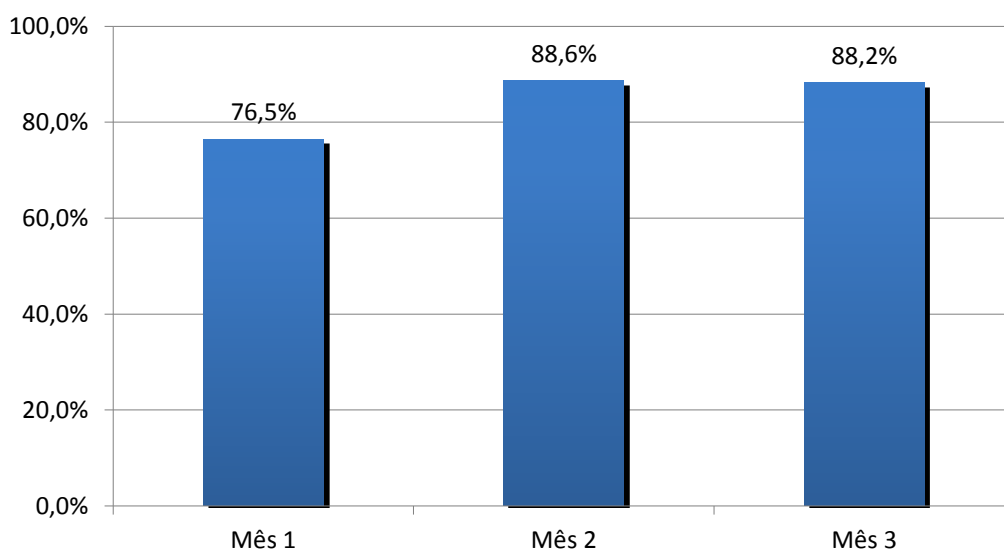


Figura 11 Proporção de hipertensos com prescrição dos medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.

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

Indicador 2.6. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada

Em relação aos diabéticos podemos dizer que 115 diabéticos são controlados em nossa UBS, subtraindo o diabético que não têm o controle de sua doença com a medicação, 101 deles, precisa de medicamentos através do programa Hiperdia ou Farmácia Popular, o que representa 88,6 %, ou quase 9 de cada 10

diabéticos em nossa UBS podem e são controlados perto de sua casa com os programas de assistência e de drogas, entre outras indicações para seu controle.

Um total de 14 diabéticos necessita de medicamentos que não estão dentro das drogas oferecidas no Hiperdia ou na Farmácia Popular. Isto representa 12,2%, do total de diabéticos cadastrados, que estão doentes, requerem outras medicações dadas por especialistas, ou tem outras doenças associados com complicações de diabetes, porque o diagnóstico em alguns deles ficou atrasado.

Um dos finais objetivos do projeto é precisamente para evitar ou reduzir o número de diabéticos diagnosticados tardiamente, desde que o controle precoce da doença, mudanças de hábitos e estilo de vida e medicamentos em alguns casos que estão disponíveis a eles, conduziria a uma diminuição do aparecimento de sequelas e danos circulatórios de não controlar a doença e, portanto, um aumento da qualidade de vida destes usuários.

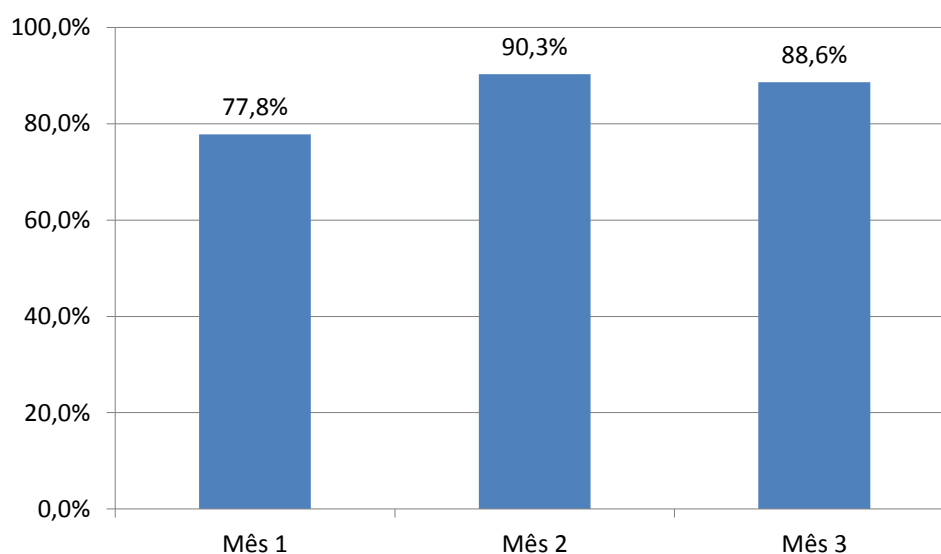


Figura 12 Proporção de diabéticos com prescrição dos medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.

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

Indicador 2.7. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No primeiro mês, 60,0% (51) de usuários hipertensos foram avaliados com necessidade atendimento odontológico. No segundo mês 94,6 % (175) de usuários hipertensos foram avaliados com avaliação da necessidade de atendimento

odontológico e no terceiro mês 94,8 % (202) de usuários hipertensos foram avaliados com necessidade atendimento odontológicos.

A UBS conta com o serviço odontológico, mas não está presente na UBS na maior parte dos dias e também não está no hospital do município, no qual tem uma consulta de odontologia, mas não tem odontologista só um dia por semana, e na UBS com um dentista que em muitas ocasiões trabalha três dias na semana e foi difícil, mas conseguimos a participação do dentista na intervenção, realizando assim algumas avaliações dos usuários hipertensos. Falamos com o gestor para tomar estratégias para apresar a avaliação odontológica dos usuários.

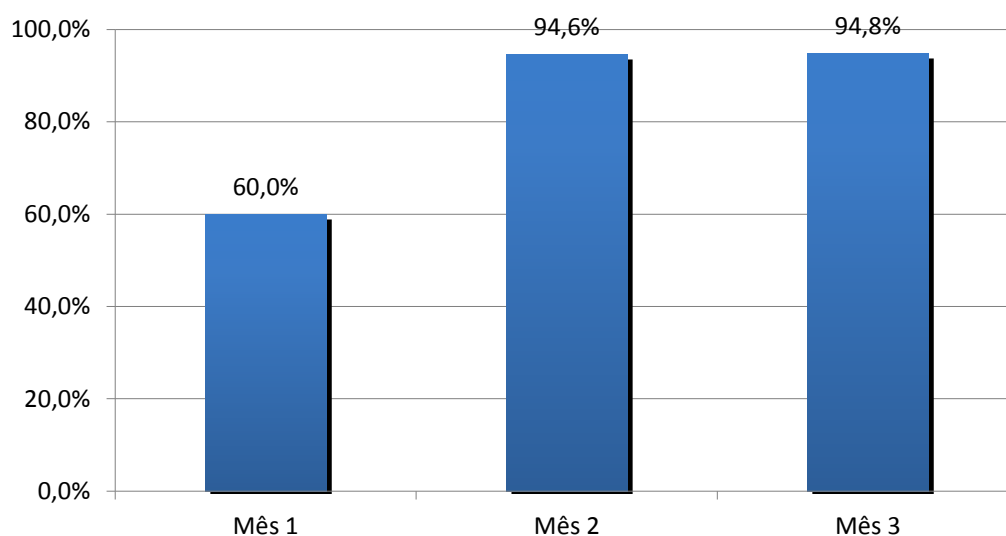


Figura 13 Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.

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

Indicador 2.8. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico

No primeiro mês, 66,7 % (24) usuários diabéticos estavam com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. No segundo mês, 97,1% (101) com avaliação da necessidade de atendimento odontológico e no terceiro mês, 97,4% (112) de usuários com necessidade de atendimento odontológico.

A UBS consta com o serviço odontológico, mas não está presente na UBS a semana toda. Contamos com um dentista que trabalha poucos dias na semana e foi difícil, mas conseguimos a participação do dentista na intervenção, realizando assim algumas avaliações dos usuários pertencentes ao Hiperdia. Dialogamos com o

gestor para tomar decisões, visando agilizar a avaliação odontológica dos usuários diabéticos.

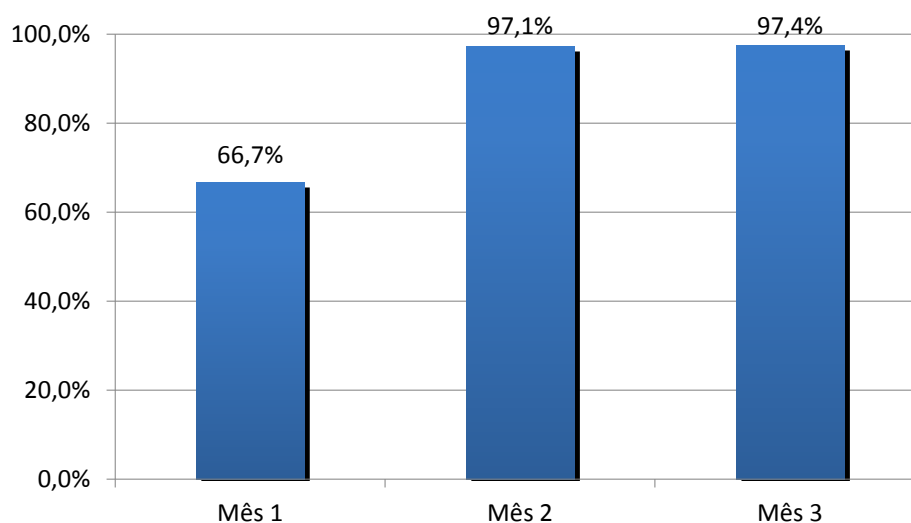


Figura 14 Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

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

Indicador 3.1. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

No primeiro mês atingimos 100% (2) dos usuários faltosos a consultas com busca ativa. No segundo mês 100% (20) dos usuários hipertensos faltosos a consulta foi feita a busca ativa, e no terceiro mês atingimos 100% (20) usuários hipertensos.

A ação que mais auxiliou na realização deste objetivo foram as visitas domiciliares feitas pelos 6 ACS, procurando cada um dos usuários faltosos, e insistindo na assistência dos mesmo as consultas. Nos casos mais difíceis, foi necessária a visita em casa, do médico ou enfermeira para realizar avaliação.

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

Indicador 3.2. Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

No primeiro mês atingimos 100% (1) dos usuários faltosos a consultas com busca ativa. No segundo mês 100% (14) dos usuários diabéticos faltosos a consulta. No terceiro mês atingimos 100,0% (14) dos diabéticos faltosos as consultas médicas.

Destaca-se que este indicador se manteve assim, devido ao importante trabalho dos ACS na busca ativa dos faltosos as consultas. Foram organizadas visitas domiciliares, buscando reagendar as consultas, realizando um melhor acolhimento.

Resultados referentes ao objetivo de melhorar o registro das informações

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

Indicador 4.1. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento

No primeiro mês 98,9% (84) dos usuários hipertensos estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento. No segundo mês, 99,5 % (184) com registro adequado na ficha de acompanhamento. No terceiro mês, obtivemos 99,5 % (212) com registro adequado na ficha de acompanhamento.

A equipe foi capacitada para o preenchimento de todos os registros necessários para o adequado acompanhamento aos usuários hipertensos, além de realizar a entrega de cadernetas aos usuários com dados da consulta realizada e data da próxima consulta. Para cumprir com este objetivo foi necessária a ajuda da secretaria de saúde que proporcionou desde o primeiro momento, a impressão das fichas necessárias, para os preenchimentos das consultas, o cadastramento e as fichas de avaliação de risco de cada um dos usuários.

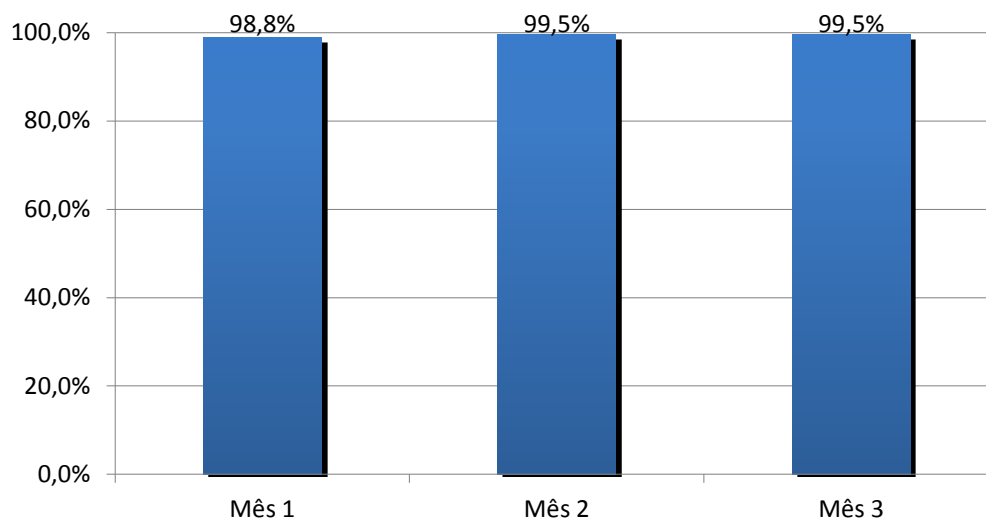


Figura 15 Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.

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

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

No primeiro mês, 100,0% (36) usuários diabéticos apresentarem registro adequado na ficha de acompanhamento. No segundo mês 99,0% (103) usuários diabéticos apresentaram registro adequado na ficha de acompanhamento e no terceiro mês atingiu um 99,1% (114) dos usuários diabéticos. A equipe foi capacitada no preenchimento de todos os registros necessários para o adequado acompanhamento ao usuário diabético, apenas um não fez esta ação, o usuário também pode dizer que ele é hipertenso e diabético e está atualmente fora do município e é por isso que não fez essa avaliação.

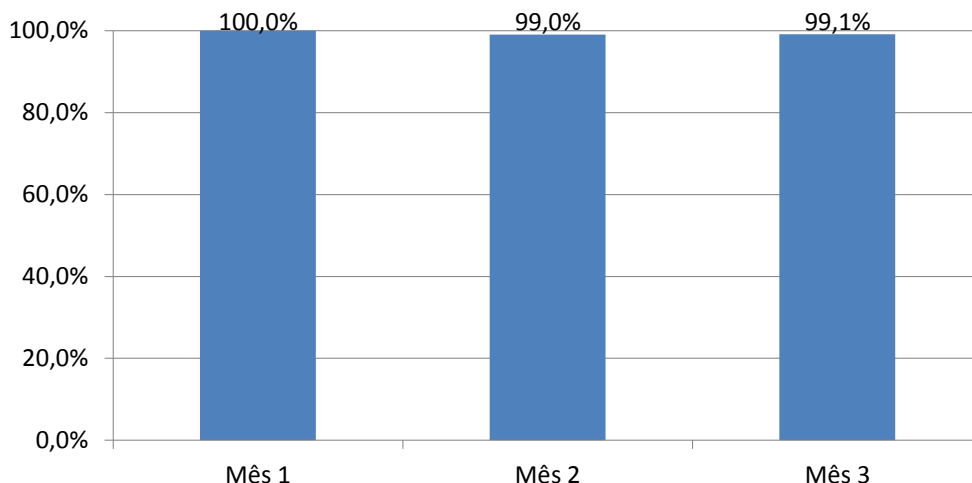


Figura 16 Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.

Resultados referentes ao objetivo de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

No primeiro mês, 100,0% (85) de usuários hipertensos foram avaliados para estratificação de risco cardiovascular. No segundo mês, 100,0% (185) de usuários hipertensos com estratificação de risco cardiovascular e no terceiro mês, atingimos 100,0 % (213) com estratificação de risco cardiovascular. Dificuldades como a realização e demora na chegada dos exames complementares que avaliam a estratificação de risco cardiovascular, foi um dos grandes desafios.

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

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

No primeiro mês, 100% (36) usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. No segundo mês, 100,0 % (104) usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular e no terceiro mês atingimos 100% (115) de usuários diabéticos com estratificação de risco cardiovascular. Tivemos dificuldades

como a realização e demora na chegada dos exames complementares que avaliam a estratificação de risco cardiovascular

Resultados referentes ao objetivo de promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Metas do Objetivo 6:

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicadores:

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

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

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

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

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

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

6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Em todos os meses, atingimos 100% para orientação nutricional sobre alimentação saudável, só no primeiro mês não conseguimos orientar a todos, pois um usuário tinha péssimos hábitos educacionais e só depois de muito falar com ele foi que conseguimos convencê-lo, ou pelo menos fazê-lo chegar a nossa mensagem de educação nutricional.

A equipe trabalhou intensamente realizando oficinas programadas, como também aproveitando as salas de espera, no acolhimento, trabalhando e divulgando estas informações. Realizaram-se práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Em todos os meses, atingimos 100 % para orientação sobre a prática de atividade física regular. Este indicador manteve-se em 100%, pois a equipe em parceria com NASF trabalhou intensamente orientando os usuários sobre a importância da prática regular de atividade física. Foram realizadas palestras e foi criado um grupo de hipertensos e diabéticos, que realiza exercícios junto à equipe de saúde todas as semanas, durante as 12 semanas de intervenção, o que continuará sendo feita com a ajuda do educador físico. Conseguimos incorporar o maior número de usuários a estas ações.

Em todos os meses, atingimos 100% para orientação sobre os riscos do tabagismo. A equipe trabalhou intensamente, realizando palestras, foi criado um grupo antitabagismo que com ajuda da enfermeira capacitada se trabalha para eliminar o hábito do fumo mediante orientações e medicamentos.

Em todos os meses, atingimos 100 % para orientação sobre higiene bucal. Foi possível orientar usuários sobre higiene bucal em consultas. Também trabalhamos o assunto nas jornadas de Hiperdia.

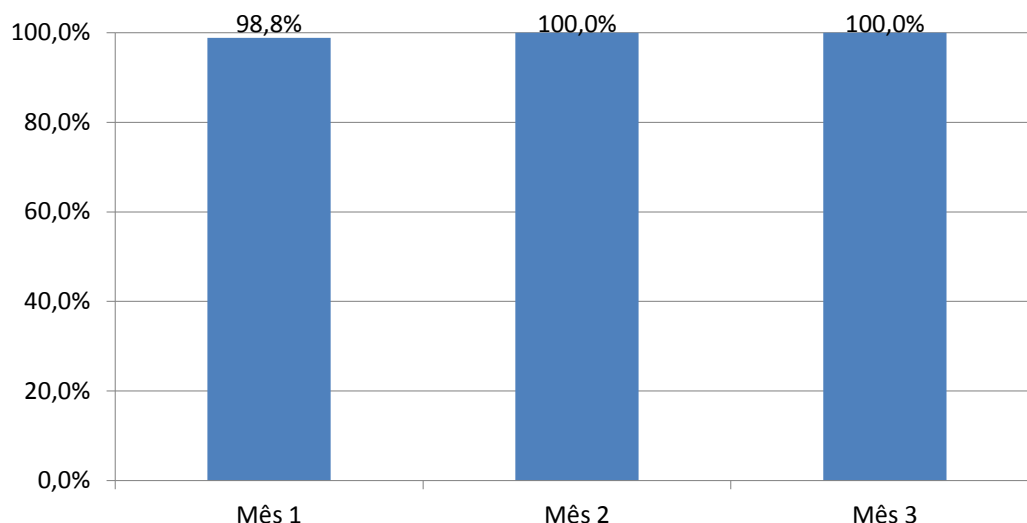


Figura 17 Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável na UBS Marcos Parente, Marcos Parente, PI, 2015.

4.2 Discussão

A intervenção em minha UBS propiciou a extensão da cobertura de cuidados de usuários hipertensos e diabéticos da área urbana da cidade de Marcos Parente, a melhoria dos registros médicos e de enfermagem, além da implementação de controles mais rigorosos, com periodicidade mensal, com a realização de testes laboratoriais anualmente, avaliação odontológica e classificação de risco cardiovascular para implementar medidas de controle e de apoio médico e social para os usuários do SUS mais vulneráveis nessas duas categorias de doenças.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse em conformidade com as instruções do Ministério da saúde em relação ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e vigilância dos usuários hipertensos e diabéticos na área urbana do município, promoveu a integração do trabalho do médico do programa Mais Médicos junto a enfermeira da ESF, auxiliar de enfermagem, odontologista, auxiliar dos serviços odontológicos, recepcionista e ACS, tornando-se atribuições gerais da equipe com relação ao controle da HAS e DM, tais como diagnóstico de casos, diagnóstico clínico, cadastramento dos portadores, busca ativa de casos para medição de PA. e de glicose dos usuários, visita domiciliar, inserção no programa de HAS e de DM, e o tratamento dos casos

Além disso, o acompanhamento domiciliar de usuários com sequelas de AVC e outras complicações, o diagnóstico precoce de complicações, a referência

para exames laboratoriais complementares, a referência para eletrocardiograma (ECG), referência para RX de tórax, e a realização de exames clínicos odontológicos para diagnóstico, reabilitação e controle das patologias bucais, visando à prevenção dos quadros de agravamento e complicações decorrentes da hipertensão e DM. Com relação as medidas preventivas do HAS e DM, as ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo) e prevenção de complicações, e as ações educativas e de controle das patologias bucais aos usuários hipertensos e diabéticos na área de saúde foram realizados.

Tudo isto acabou tendo um impacto positivo em várias áreas de atendimento em nossa UBS, desde o acolhimento, atenção integral, a personalização do serviço e a funcionalidade das ações de prevenção, o que serviu para o melhor desempenho de outros programas de saúde, além de oferecer uma melhor compreensão pelos membros da equipe dos protocolos de ação em hipertensos e diabéticos.

Antes do projeto, as atividades de controle aos usuários hipertensos e diabéticos concentraram-se na enfermeira, e a intervenção revitalizou o trabalho em equipe, realizando uma revisão e com treinamentos realizados. Foram definidas as funções de cada um dos membros da equipe de saúde, permitindo a observância de um maior número de pessoas, planejamento de consultas e controles aos usuários para melhorar o serviço para os hipertensos e diabéticos.

Desta forma otimizamos o tempo para consultas de cuidados continuados e assim tivemos mais tempo para consultas de demanda espontânea, a classificação de risco foi fundamental para a estratificação de risco cardiovascular e, portanto, para apoiar a priorização da atenção a eles.

Com relação ao impacto da intervenção podemos falar que ainda é pouco o que nós fizemos pela comunidade aos usuários hipertensos e diabéticos de nosso município. O fato de ter uma nova forma de fazer os atendimentos, faz com que eles fiquem muito agradecidos, porém, ainda faltam muitas coisas por fazer: temos que cadastrar mais hipertensos, aqueles que não conhecem a sua doença, porque não tem sintomas, e aqueles que não ficam na cidade a maior parte de seu tempo, por ficar fora trabalhando. Neste caso já preparamos várias atividades de busca dentro da população para pesquisar não só isso, mas também a busca ativa de usuários que podem ter taxas de glicose alterada, e que sem sintomatologia podem ter alterações do metabolismo que pode ser o início da Diabetes Mellitus. Gera também

uma insatisfação na sala de espera entre os outros usuários dos programas de saúde, que desconhecem o motivo desta priorização.

À equipe de saúde, que efetivou o conjunto de tarefas para a intervenção, poderia ter sido facilitada a sua gestão se desde o início da análise situacional tivesse dados reais sobre os usuários referidos como hipertensos e diabéticos na área da saúde. Esses dados estavam disponíveis na secretaria de saúde do município com base em dados desatualizados de usuários que na época permaneciam diagnosticados e tratados na área da saúde, mas que eram inconsistentes com os dados reais.

Também faltou a articulação com a comunidade para explicar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto. Agora, ao final do projeto, eu acho que a equipe está mais integrada ainda do que no princípio; porém, como vamos incorporar a intervenção na rotina do serviço teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada à rotina do serviço. Para isso precisamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade, sobre a necessidade de priorização dos usuários hipertensos e diabéticos, especialmente aqueles de alto risco através de palestras educativas realizadas na comunidade falando sobre os riscos de saúde, os hábitos e estilo de vida inadequados. Também percebemos que a falta de registros nos prontuários dos usuários e consultas sem enchimento adequado acabam prejudicando a coleta de dados como peso, altura, índice de massa corporal, e os níveis de glicose no sangue, definido nas fichas de tratamentos individuais de cada usuário. Em cada visita, ao trazer registros adequados teremos informações detalhadas de todos os sinais que nos possam dizer sobre as vulnerabilidades em cada um dos hipertensos e diabéticos em seus controles mensais.

Com a UBS em reforma no momento, eu acredito que a partir do mês de setembro deste ano nós vamos ter a possibilidade de compartilhar e integrar ainda mais o nosso trabalho. Quando a nova UBS (tipo II) for finalizada no mês de dezembro, tomaremos este projeto como exemplo, e eu acho que seria muito bom implementar no programa pré-natal, e outros programas como saúde do homem, da mulher, para consolidar no município como estratégia, patamares de atuação e conhecimentos da equipe de saúde da família.

5 Relatório da intervenção para gestores

Foi realizada uma audiência pública na Câmara dos vereadores do município e neste momento aproveitamos para apresentar relatório para os gestores:

Este relatório, elaborado aos senhores gestores, tem por finalidade descrever e relatar resultados de uma intervenção realizada em nossa UBS, nos meses de março, abril e maio deste ano. Este projeto é desenvolvido em conjunto com a Universidade Federal de Pelotas (UFPel), do RS, como parte do curso de Especialização em Saúde da Família proposto pela Universidade sob a forma de educação a distância. Selecionamos os usuários hipertensos e diabéticos do nosso município.

A hipertensão arterial é um dos principais fatores de risco para a ocorrência do acidente vascular cerebral, tromboembólico ou hemorrágico, infarto agudo do miocárdio, aneurisma arterial, doença arterial periférica, além de ser uma das causas de insuficiência renal crônica e insuficiência cardíaca. Mesmo moderado, o aumento da pressão arterial está associado à redução da esperança de vida. A maior parte das complicações que a pressão arterial elevada acarreta é experimentada por indivíduos que não estão diagnosticados como hipertensos. Deste modo, torna-se necessária a adoção de estratégias de redução das consequências da pressão arterial elevada e reduzir a necessidade de terapias à base de fármacos anti-hipertensivos.

Por sua parte, o DM é uma doença metabólica caracterizada por um aumento anormal do açúcar ou glicose no sangue, quando não tratada adequadamente, e podem ocorrer complicações como Infarto Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular encefálico, insuficiência renal, problemas na visão, amputação do pé e lesões de difícil cicatrização, dentre outras complicações. O diabetes afeta cerca de 12% da população no Brasil

Na nossa UBS existem muitos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) que ainda não são diagnosticados e por enquanto temos ainda usuários sem tratamento médico, ou com desconhecimento de sua doença.

Cuidados de saúde primários são a via principal para detectar e tratar casos de hipertensão, bem como realizar busca ativa de novos casos da doença, assim

como implementar atividades de educação de saúde para a maioria da população exposta, criando consciência do dano que pode fazer esta doença, bem como a diminuição da qualidade de vida e ter o risco de outras doenças.

Portanto, acredito que a implementação de intervenções em saúde é importante para tentar reduzir novos casos destas doenças e, assim, melhorar a qualidade de vida das pessoas. O projeto de intervenção teve o objetivo de melhorar a atenção aos usuários hipertensos e diabéticos na UBS de Marcos Parente, no município de Marcos Parente.

Nós alcançamos ao final da intervenção uma cobertura de 31,5 % de usuários hipertensos e 68,9 % de usuários diabéticos cadastrados.

A intervenção propiciou a extensão da cobertura de cuidados de usuários hipertensos e diabéticos da área urbana da cidade de Marcos Parente, a melhoria dos registros médicos e de enfermagem, além da implementação de controles mais rigorosos, com periodicidade mensal, com a realização de testes laboratoriais anualmente, avaliação odontológica e classificação de risco cardiovascular para implementar medidas de controle e de apoio médico e social para os usuários do SUS mais vulneráveis nessas doenças.

A incorporação do gestor, neste caso a secretaria municipal de saúde de nosso município a este projeto foi fundamental porque as ações desenvolvidas anteriormente na UBS aos usuários hipertensos e diabéticos foi um pilar muito importante na hora da decisão de desenvolver a intervenção. Além disto, foi fundamental o apoio logístico destacando o material necessário para a realização de testes de glicose para a busca ativa de novos casos de diabetes e a priorização da realização de testes laboratoriais para os usuários com hipertensão e diabetes.

Além disso, melhorou o acompanhamento domiciliar de usuários com sequelas de AVC e outras complicações, o diagnóstico precoce de complicações, a referência para exames laboratoriais complementares, a referência para ECG, referência para RX de tórax. Melhorou também a realização de exames clínicos odontológicos para diagnóstico, reabilitação e controle das patologias bucais. Estas ações visam a prevenção dos quadros de agravamento e complicações decorrentes da HAS e DM. Com relação as medidas preventivas da HAS e DM, as ações educativas para controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária,

tabagismo) e prevenção de complicações, e as ações educativas e de controle das patologias bucais aos usuários hipertensos e diabéticos na área de saúde foram realizados

Tudo isto acabou tendo um impacto positivo em várias áreas de atendimento em nossa UBS desde o acolhimento, atenção integral, a personalização do serviço e a funcionalidade das ações de prevenção, o que serviu para o melhor desempenho de outros programas de saúde.

Foram definidas as funções de cada um dos membros da equipe de saúde, permitindo a observância de um maior número de pessoas, planejamento de consultas e controles aos usuários para melhorar o serviço para os hipertensos e diabéticos.

Desta forma otimizamos o tempo para consultas de cuidados continuados e assim tivemos mais tempo para consultas de demanda espontânea, a classificação de risco foi fundamental para a estratificação de risco cardiovascular e, portanto, para apoiar a priorização da atenção a eles.

Uma dificuldade que devemos ter em consideração é que o prazo para a intervenção de 16 semanas caiu para 12 semanas, mas não foi problema, pois a intervenção ficou bem implantada, bem integrada e as metas foram atingidas sendo de muita importância o envolvimento da equipe, a sistematização da ação programática – atendendo ao protocolo e a integração da intervenção à rotina do serviço.

Agora, ao final do projeto, a equipe está mais integrada ainda do que no princípio; porém, como vamos incorporar a intervenção na rotina do serviço teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas.

A intervenção será incorporada à rotina do serviço. Para isso precisamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade, sobre a necessidade de priorização dos usuários hipertensos e diabéticos, especialmente aqueles de alto risco através de palestras educativas realizadas na comunidade falando sobre os riscos de saúde, os hábitos e estilo de vida inadequados.

Com a UBS em reforma no momento, eu acredito que a partir do mês de setembro deste ano nós vamos ter a possibilidade de compartilhar e integrar ainda mais o nosso trabalho. Quando a nova UBS (tipo II) for finalizada no mês de dezembro, tomaremos este projeto como exemplo, e eu acho que seria muito bom implementar no programa pré-natal, e outros programas como saúde do homem, da

mulher, para consolidar no município como estratégia, patamares de atuação e conhecimentos da equipe de saúde da família.

Finalmente podemos dizer que os atendimentos aos usuários do SUS portadores de doenças crônicas não transmissíveis tais como hipertensão e diabetes melhoraram, e a forma nova de fazer os controles nestes usuários, podem diminuir os gastos na saúde do município melhorando a qualidade da vida das pessoas doentes. Só é preciso manter os controles sistemáticos e a preocupação permanente do gestor para manter e melhorar cada dia mais a qualidade de vida da população, incorporando a rotina do serviço neste tipo de atendimento personalizado.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Bom dia:

A intervenção realizada em nossa UBS, nos meses de março, abril e maio deste ano, está relacionada com a melhoria da atenção para usuários hipertensos e diabéticos em nossa localidade. Este projeto é desenvolvido em conjunto com a Universidade Federal de Pelotas (UFPel), do Rio grande do Sul como parte do curso de Especialização em Saúde da Família proposto pela Universidade sob a forma de educação a distância. Selecionamos os usuários hipertensos e diabéticos porque na população do município, existem muitos que estão com um controle inadequado destas doenças e muitos outros que ainda não sabem que têm a doença. Por isto, seria bom para eles saber que são portadores da doença, possibilitando o seu controle, bem como das suas complicações. Desta forma, poderá aumentar a qualidade de vida destas pessoas e diminuir os riscos de consequências indesejáveis para suas vidas. Alcançamos uma cobertura de 31,5% de usuários hipertensos e 68,9% de usuários diabéticos cadastrados.

A equipe de trabalho da UBS pode dizer para a comunidade que foi muito importante o projeto porque com ele ganhamos na qualidade dos controles aos usuários hipertensos e diabéticos do município, porque estas doenças produzem anualmente muitas mortes e sequelas e uma diminuição marcada da qualidade de vida dos portadores. Nós fizemos busca ativa de casos novos de hipertensão e diabetes com recursos facilitados pelo projeto para a melhoria do conhecimento e do controle dos mesmos

A comunidade teve a oportunidade de perceber a união da equipe de saúde, o qual ajudou a identificar precocemente aqueles usuários sem sintomatologia, portadores das doenças. Melhorou ainda mais a assistência através de palestras para a promoção de hábitos e estilos de vida saudáveis e a prevenção de complicações. Algumas ações não foram concluídas a tempo, mas a major parte delas foi finalizada.

Efetivamos com mais rigor os controles, realizados pela equipe toda, melhorando os registros nos prontuários dos usuários. Realizaram-se testes de glicemia e outros exames combinados com a secretaria de saúde na busca de patologias novas ou de complicações das doenças já diagnosticadas.

Além disso, a maioria deles foi vista pelo dentista e avaliados os riscos dentais que eles apresentaram para a melhoria da saúde bucal e alguns deles ainda permanecem no processo de tratamento.

É certo que o processo todo gera mais demora nos atendimentos da UBS, que pode gerar mal-estar na população, porém a qualidade da atenção foi muito superior e a forma dos atendimentos efetivados e sua incorporação na rotina do serviço, podem ser o início de uma forma nova atuar nos programas de saúde, e dessa forma melhorar a qualidade da atenção aos usuários do SUS.

Agradecemos a comunidade toda pelo apoio contínuo ao nosso trabalho e acreditamos que a introdução no trabalho de rotina da UBS dessas ações e ferramentas pode melhorar a qualidade de vida da população do município

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

O desenvolvimento do trabalho no curso em relação as minhas expectativas iniciais foram superados. Desde o início sempre teve o apoio da orientadora da Universidade Federal de Pelotas, ainda que reside longe, mas sempre ficou perto. E a internet, em muitas ocasiões era ruim, mas não foi um obstáculo para ela fazer sempre a suas postagens e em todos os momentos foi orientando no processo de aprendizagem as muitas perguntas eu fazia.

Eu sou um especialista em Medicina Geral Integral, mas as perguntas de atendimento no Brasil, embora que mantenham os mesmos objetivos de melhoria dos cuidados de saúde, e a qualidade de vida das pessoas, focando as atividades de promoção e prevenção, ferramentas que eu sempre tive em Cuba, por suas diferenças em termos de história, geografia, costumes, e culturas, são duas nações diferentes que compartilham esperanças comuns para um nível superior de qualidade nos serviços. Mas com diferentes ferramentas de controle em alguns aspectos, e com todos os protocolos de atuação atualizados para cada uma das áreas de saúde pública.

O curso me ajudou a ser melhor profissional todos os dias e ser mais humano, priorizando a humanização da assistência aos usuários do SUS, porque como diz a minha orientadora, nem sempre estão doentes. A maioria deles são pessoas saudáveis que precisam de um conselho, um conhecimento sobre hábitos e estilo de vida saudável, e isso tem sido maravilhoso para meu aprendizado.

A personalização do atendimento é um dos recursos do SUS e que tem sido vital para melhorar o contato com a população, e com grupos de risco. Fornece através de educação em saúde, diferentes pontos de vista sobre os mitos e lendas que afetam a população. Desta forma, promove mudanças de comportamento podem trazer uma melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. É uma nova forma de fazer um relatório final de uma intervenção o que será daqui para frente rotina em nossa UBS, e que pode constituir a base para outros programas dentro da mesma UBS.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. pp 19-21 (Cadernos de Atenção Básica, n. 35). ^

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica: Diabetes Mellitus/** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus:** hipertensão arterial e diabetes *Mellitus* / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001:104p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira:** Promovendo a alimentação saudável / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição – Brasília: Ministério da Saúde, 2005: 236p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade** /Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2006: 108p.

Referencias consultadas:

National High Blood Pressure Education Program Working Group - Multiple Risk Factor Intervention Trial - Arch. Intern. Med. 153:186,1993.

Flack, J.M.; Neaton, J.; Grimm, R. Jr, et al. Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group. Blood pressure and mortality among men with prior myocardial infarction. Circulation 1995; 92: 2437-2445.

The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Arch. Intern. Med. 1997;157:2413-2445.

Report of a WHO expert committee on hypertension control. Geneva 1996; 24-31.

Guidelines for the management of mild hypertension: memorandum from a WHO/ISH meeting. Hipertension , 1993;22:392-4003.

LAURENTI, R. **Epidemiologia da hipertensão arterial:** Etiologia e Tipos de Hipertensão Arterial - In R. Chiaverini; M. Marcondes; H. Silva e O.L. Ramos - Doença Hipertensiva: diagnóstico e tratamento Livraria Atheneu - R. Janeiro - São Paulo - 1980. pp 67-69.

American Diabetes Association: Report of the Expert Committee on the Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care 1997; 20: 1183-1197

World Health Organization: WHO Expert Committee on Diabetes Mellitus. Second Report. Geneva, World Health Org., 1980 (Tech. Rep. Ser., nº. 646).

World Health Organization: Diabetes Mellitus: Report of a WHO Study Group. Geneva, World Health Org. 1985 (Tech. Dep. Ser., nº. 727).

Jennifer M: Diagnosis and classification of Diabetes Mellitus: New Criteria. American Family Physician. October, 15, 1998.

Kleim R: Hyperglycemia and microvascular and macrovascular disease in diabetes. Diabetes Care 1995;18: 258-268.

Ruas MMA. Sobre a nova classificação, nomenclatura e critérios de diagnóstico de diabetes. Diabético no cotidiano 14: 2-4.

Alberti KGMM, Zimmet PZ. Definition, Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus and its complications. Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. Provisional.

Repor of a WHO Consultation. Diabetic Medicine 1998;15: 539- 553.

Apêndices

Apêndice A – Registro Fotográfico da Intervenção



Figura 18 Reunião inicial com a comunidade e com a equipe de trabalho na UBS Marcos Parente, Janeiro 2015



Figura 19 Atendimento na comunidade de Marcos Parente com a ESF:



Figura 20 Palestras na comunidade de Marcos Parente com a ESF



Figura 21 Atendimento domiciliar na área da UBS Marcos Parente com ESF:

Anexos

Anexo A – documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patricia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

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

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

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

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

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____

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