

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção a Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS Prata,
Altos/PI**

Oriolvys Osorio Cueto

Pelotas, 2015

Oriolvys Osorio Cueto

**Melhoria da Atenção a Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS Prata,
Altos/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: Andressa de Andrade

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

C965m Cueto, Oriolvys Osorio

Melhoria da Atenção a Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na UBS Prata, Altos/PI / Oriolvys Osorio Cueto; Andressa de Andrade, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

72 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. Andrade, Andressa de, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho a meus pais pelo apoio de sempre, a meu filho, irmãos e a todas aquelas pessoas que fizeram possível que eu fosse médico hoje.

Agradecimentos

Agradeço a minha família pelo apoio durante todo este tempo, à professora Andressa de Andrade e a meus colegas de trabalho da equipe de saúde UBS Prata.

Resumo

CUETO, Oriolvys Osório. **Melhoria da Atenção a Pessoa com Hipertensão e/ou Diabetes na UBSS Prata, Altos/PI**. 2015. 70f. 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.

As doenças crônicas não transmissíveis estão entre as principais causas de morte atualmente no Brasil, principalmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus (DM), devido às complicações que causam. O objetivo deste trabalho foi melhorar a atenção a hipertensos e diabéticos na unidade básica de saúde (UBS) Prata, localizada no município de Altos/PI e que possui cadastrada uma população de 2.754 usuários, que residem no meio rural. Trata-se de um projeto de intervenção com foco na ação programática de hipertensão e diabetes, que teve a duração de 16 semanas e contou com o apoio de toda a equipe de saúde. Utilizou-se os protocolos do MS para HAS e DM ao longo de todo o trabalho e como instrumentos de registro e monitoramento utilizou-se a ficha espelho e a planilha de coleta de dados disponibilizadas pela UFPel. Desenvolveu-se ainda um cronograma de ações que contemplavam os eixos temáticos de qualificação da prática clínica, monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço e engajamento público. Com esta organização foi possível cadastrar um total de 350 hipertensos e 76 diabéticos, onde a cobertura alcançada foi de 100% tanto para DM como HAS. Em relação às metas de qualidade a maioria alcançou os 100% planejados, o registro das informações foi organizado e atualizado e identificou-se os hipertensos e diabéticos com risco cardiovascular. A equipe de saúde ficou mais comprometida com a comunidade, alcançando um maior grau de resolutividade; os usuários envolvidos no processo estão muito contentes demonstrando mudanças no modo e estilo de vida. Este trabalho motivou à equipe para continuar organizando o atendimento de outros programas como a atenção às crianças e idosos, posteriormente.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde	46
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	47
Figura 3	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	48
Figura 4	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.	49
Figura 5	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia popular/HIPERDIA priorizada	50
Figura 6	Proporção de hipertensos com avaliação das necessidades de atendimento odontológico.	51
Figura 7	Proporção de diabéticos com avaliação das necessidades de atendimento odontológico.	51
Figura 8	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	53
Figura 9	Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	53
Figura 10	Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.	54

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário da Saúde
CEO	Centro de Especialidade Odontológica
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial
HGT	Hemoglicoteste
HPV	Papiloma Vírus Humano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia Estatística
IDH-M	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
IMC	Índice de Massa Corporal
IRAS	Infecções Respiratórias Agudas
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PMAQ-AB	Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica
PMM	Programa Mais Médicos
RIDE	Rede Integrada de Desenvolvimento
SAMU	Serviço do Atendimento Móvel de Urgência
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPeI	Universidade Federal de Pelotas
UNASUS	Universidade Aberta do SUS

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Qual a situação da APS/ESF em seu serviço?	9
1.2 Relatório final da análise situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional	17
2 Análise Estratégica	19
2.1 Justificativa.....	Erro! Indicador não definido.
2.2 Objetivos e Metas.....	20
2.2.1 Objetivo Geral	20
2.2.2 Objetivos Específicos e Metas	20
2.3 Metodologia.....	22
2.3.1 Detalhamento das Ações	22
2.3.2 Indicadores.....	31
2.3.3 Logística.....	Erro! Indicador não definido.
2.3.4 Cronograma	39
3 Relatório da Intervenção.....	40
3.1 Ações previstas no projeto e que foram desenvolvidas:	40
3.2 Ações previstas no projeto e que não foram desenvolvidas	42
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos resultados.....	43
3.4 Análises da incorporação das ações da intervenção na rotina do serviço ...	44
4 Avaliação da Intervenção.....	46
4.1 Resultados	46
4.2 Discussão.....	55
5 Relatório da Intervenção para os Gestores	59
6 Relatório da Intervenção para a Comunidade	62
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	64
Referências	65
Anexos	66

Apresentação

Este volume trata da descrição do Projeto de Intervenção com foco na melhoria da atenção a hipertensos e diabéticos na UBS Prata, município de Altos/PI. O volume está organizado em sete capítulos: O Capítulo 1 – Análise Situacional - fornece informações sobre o município, a comunidade, a unidade de saúde e o processo de trabalho. O Capítulo 2 – Análise Estratégica – trata de como o Projeto de intervenção foi elaborado, detalhando objetivos, metas, metodologia, ações, indicadores, logística e cronograma. O Capítulo 3 – Relatório da Intervenção – fornece ao leitor informações sobre como se deu a intervenção ao longo das 16 semanas, descrevendo as ações que foram executadas ou não, suas facilidades e dificuldade, bem como a viabilidade de incorporação do projeto à rotina do serviço. O Capítulo 4 – Avaliação da Intervenção – descreve os resultados obtidos ao longo do Projeto. O Capítulo 5 – traz o Relatório para os gestores; o Capítulo 6 – o relatório para a comunidade e por fim o Capítulo 7 - Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem – traz ao leitor a impressão do autor sobre a Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPe) e também sua opinião sobre o Projeto de Intervenção implantado na unidade de saúde.

1 Análise Situacional

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

Meu nome é Oriolvys Osorio Cueto sou médico cubano atuando no Brasil, no Programa Mais Médicos do Brasil (PMMB). Trabalho no município de Altos, estado do Piauí. Estou há pouco tempo na Unidade Básica de Saúde (UBS), pelo que não tenho muitas informações a respeito da ESF. Primeiro está formada por um clínico geral, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma atendente, uma odontóloga, técnico de saúde bucal, sete agentes comunitários de saúde (ACS). A localização da ESF é boa, mas fica a 20 km da sede municipal e as consultas são realizadas em assentamentos de manhã e à tarde faço consultas no posto, o qual é um local adaptado que fica unido a uma escola de zona rural, que não tem as melhores condições de trabalho, tem uma sala de enfermagem, uma da odontologia, a consulta medica e um local para a espera dos pacientes. O trabalho e feito por médio de transporte garantido pela secretaria de saúde de segunda a quinta.

Neste momento ainda estou há muito pouco tempo na UBS para fazer uma avaliação mais completa sobre as principais doenças que afetam as comunidades servidas por nós. Faremos todos os esforços para que as consultas sejam realizadas com a melhor qualidade possível, fazendo cada um seu papel no trabalho diário para que seja feito de forma organizada. Espero que a especialização nos ajude a melhorar a qualidade de vida de nossa população, garantindo mudanças no estilo de vida de todos, apesar das condições de distância que há nessa área. Estamos desde já trabalhando para fazer mudanças positivas e levar ao mais alto nível a atenção a saúde desta população.

1.2 Relatório final da análise situacional

O município de Altos/PI está localizado na microrregião de Teresina, compreendendo uma área de 1.311 km², tendo como limites os municípios de José de Freitas e Campo Maior ao norte, ao sul Beneditinos, Demerval Lobão e Lagoa do Piauí, a leste Campo Maior e Coivaras, e a oeste Teresina e Demerval Lobão. O município de Altos tem área de 957.617 km², população de 38.822 habitantes (IBGE, 2010), Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH-M) de 0,618 (PNUD 2000) e Índice de Exclusão Social de 0,350 (Pochmann e Amorim, Atlas de Exclusão Social no Brasil – 2003). Pertence à Rede Integrada de Desenvolvimento – RIDE Grande Teresina (Lei Complementar nº 112, de 19 de setembro de 2001) e ao Território Entre Rios, dentre os Territórios da Cidadania. A Secretaria Municipal de Saúde de Altos, por meio do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB), proporciona o atendimento à população nas seguintes áreas: Oftalmologia, Pediatria, Psiquiatria, Endoscopia; Ultrassonografia e Ortopedia.

Em Altos, os serviços ofertados pela Estratégia Saúde da Família são consultas médicas e de Enfermagem; atendimento odontológico; programa de tuberculose e hanseníase; imunização (vacinas de RN até idosos); saúde da mulher; saúde da criança; saúde do adulto e do idoso; saúde do homem; promoção, prevenção e tratamento doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS); SISVAN (Acompanhamento da Bolsa Família); além dos serviços de educação em saúde; visita domiciliar e encaminhamento para as especialidades (Referência e Contra Referência). No quadro abaixo estão descritas as 13 UBS do município e os bairros de abrangência de cada uma:

UBS	ÁREA DE ABRANGÊNCIA
Tranqueira	Tranqueira
Boa Fé	Boa Fé
Boca De Barro	Boca de Barro, Centro, Baixão dos Paivas e Mutirão.
Maravilha	Maravilha
São Luís	Santo Antônio, São Luís, Santa Inês.
Bacurizeiro	Bacurizeiro, Carrasco, Ciana.
São José	Centro

Bom Gosto	Bom Gosto
Quilombo	Quilombo
Estrela do Norte	Estrela Do Norte
Barrinha	Barrinha
Prata	Prata
Bom Passar	Bom Passar

Fonte: Secretaria municipal de saúde de Altos/PI.

Em todas as 13 UBS existe uma ESF por cada unidade de saúde em total 13 . O município conta com um hospital de médio porte que neste momento está em reforma total, com uma unidade do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), os exames de laboratório são feitos no CESP no horário da manhã, geralmente fazem todos os de química do sangue, urina e fezes; os mais complexos como HIV, sorologias, citologia são feitos em Teresina capital do estado.

Conta ainda com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e os serviços são prestados da seguinte forma:

FONOAUDIÓLOGO	SEG, TERÇA, QUARTA E QUINTA.
PSICOLOGO	SEG, TERÇA, QUARTA E QUINTA.
NUTRICIONISTA	SEG, TERÇA, QUARTA E QUINTA.
FISIOTERAPEUTA	SEG, TERÇA, QUARTA E QUINTA.

Temos ainda no município um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) que tem como objetivo oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. Neste serviço existe atendimento de um psiquiatra nas segundas e quartas-feiras.

A UBS Prata, onde atuo, fica na comunidade rural do mesmo nome, a uma distância de 20 km do centro do município de Altos, tem uma extensão territorial em torno aos 24 km² com uma população de 2.754 pessoas, composta por 535 famílias, sendo 946 homens e o restante de mulheres; mulheres de 25 a 64 anos há 515. Estimamos que existam 350 hipertensos, 76 diabéticos, 228 idosos e 31 gestantes localizadas nos diferentes assentamentos. Funciona a 32 meses prestando atendimento em dois turnos. Tem uma área geográfica de abrangência definida, assim como um mapa da mesma, atualizado em 2013. O modelo de atenção é de

ESF e a equipe de saúde está formada pelo clínico geral, por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma secretária, sete agentes comunitários de saúde (ACS) e uma odontóloga.

Geralmente realizam-se atividades assistenciais nas comunidades com os diferentes grupos, adolescentes, saúde bucal nas escolas, saúde da mulher, diabéticos e hipertensos. Nestas atividades trabalham quase todos os membros da equipe. Geralmente é trabalho do médico, da enfermeira e dos ACS, que realizam atividades com os parceiros das comunidades.

Quanto á estrutura da UBS é um local adaptado com uma escola ao lado, que conta com uma sala de consulta medica, uma de odontologia, uma sala de enfermagem, não temos salas destinadas a almoxarifado, sala de nebulização, nem de vacina, e temos que encaminhar aos pacientes para outras UBS ou para o hospital onde oferecem o serviço. Não tem sanitário para deficientes, somente um em comum, não tem deposito para material de limpeza, abrigo para resíduos sólidos.

Além disso, não oferece boa segurança, as janelas da UBS não têm telas mosquiteiras. Não tem sinalização dos ambientes que permitem a comunicação através de textos, não tem comunicação para deficientes, o acesso à UBS para usuários com deficiências físicas é deficiente porque têm barreiras arquitetônicas que não podem ser melhoradas, o que dificulta muito o acesso destes a nossa unidade de saúde, assim como seu atendimento com ótima qualidade. Não temos um sistema de revisão da calibragem das balanças e esfigmomanômetro, pelo que precisamos da ajuda de outra entidade de saúde. Estas necessidades e limitações impedem um bom desenvolvimento da UBS, diminuendo o rendimento e aceitação do serviço pela população e, por conseguinte o rendimento profissional, já que não se conta com um conforto necessário e adequado para o mesmo. Para melhorar as dificuldades já falamos com o governo municipal, os líderes das comunidades e a secretaria de saúde e há previsão para o próximo ano de melhorias estruturais.

Na UBS cada integrante faz seu trabalho com muito esmero, para que a população fique mais bem atendida, também se realiza a busca ativa dos pacientes que não vão a consulta, como gestantes, crianças menores de três anos ou usuários com doenças crônicas. Esta é realizada geralmente pelos ACS, pela enfermeira e pelo médico. As atividades que mais se realizam são orientações em saúde, acompanhamento, vacinação em campanhas, troca de sondas, consultas médicas,

de enfermagem e outras. Normalmente realizam-se atividades nas comunidades com os diferentes grupos, adolescentes, saúde bucal nas escolas, saúde da mulher, diabéticos e hipertensos. A reunião da equipe é feita com uma frequência quinzenal, onde se discute diversos temas entre os quais se encontra a construção da agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, discussão de casos, planejamento de ações educativas nas comunidades e outros temas de interesse da equipe.

As demandas espontâneas são poucas na UBS e maiores na zona rural, mas quando acontece são bem atendidas, é feito um bom acolhimento, priorizando os casos, trabalhando dia a dia, muitas vezes sem as melhores condições, mas a população agradece muito.

Dentro dos programas atendidos pela UBS temos o programa de atendimento à saúde da criança. As consultas são feitas de acordo a programação para crianças menores de um ano e são realizadas uma vez por semana, onde dedica-se um dia específico para este grupo. Muita ênfase é colocada sobre as mães para levar os filhos. O esquema de vacinação é cumprido. Trata-se de uma população onde as mães precisam de mais informações sobre a importância do aleitamento materno, evitar acidentes domésticos, assuntos que trabalhamos em atividades educativas, nas consultas, nas visitas domiciliares. Além disso, a cobertura está em 100% das crianças da área que atualmente é de 28 menores de um ano, concordando com o caderno de ações programáticas (CAP).

Os indicadores de saúde se comportaram favoravelmente nos últimos meses, por exemplo - 89% foi atendida em consulta planejada de acordo com o Ministério da Saúde, apenas quatro estão atrasados mais de sete dias. O teste de pezinho é de 100%, 89% foram realizados antes de sete dias de vida. Consideramos que é preciso melhorar os indicadores de maior interação com a comunidade, principalmente com as mães e mulheres em idade fértil, sobre os problemas que afetam a saúde das crianças, como a amamentação, imunização, bom hábito alimentar, prevenção de acidentes, higiene pessoal, utilização de água fervida.

Para isso têm atraído um conjunto de atividades educacionais baseadas em palestras, criando líderes mães nas comunidades que transmitem essa informação, bem como cartazes e outros meios de comunicação. Tendo em vista que, apesar da distância geográfica da UBS, as crianças têm um bom atendimento, acreditamos

que aumentando as palestras e mudando hábitos e estilos de vida nocivos, estaremos produzindo crianças mais saudáveis.

Outro programa de muita importância é o atendimento das gestantes. A área conta com 31 gestantes e neste momento todas são atendidas em consultas uma vez por semana, dependendo da idade gestacional. Este número é superior ao do CAP que estima aproximadamente 27 gestantes. Os Indicadores de qualidade da assistência pré-natal se comportam do seguinte modo: durante o primeiro trimestre, foram captadas 81% das gestantes; 94% estão com consultas em dia, para 100% delas foi indicado os testes de laboratório na primeira visita além da vacina do tétano. Apenas 12 fizeram exame ginecológico trimestral devido à falta de obstetra na área e da cidade, o que representa 39%. Somente 77% tem avaliação da saúde bucal e os dados das usuárias são preenchidos no prontuário e na ficha da gestante. Salientamos que as maiores dificuldades encontradas no atendimento das gestantes são a realização dos testes de laboratórios e atendimento odontológico geralmente.

A Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama representam programas que salvam muitas vidas. O câncer do colo do útero está associado à infecção persistente por subtipos oncogênicos do vírus HPV (Papiloma vírus Humano), responsáveis pela maioria dos cânceres cervicais. É uma doença de progressão lenta, que pode cursar sem sintomas em fase inicial e evoluir para quadros de hemorragia vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada com queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados.

Em relação ao câncer de colo uterino, temos registros de acompanhamento na UBS de 531 usuárias entre 25 e 64 anos, o que representa 71% da cobertura, em relação à estimativa do CAP que é de 734 mulheres. Os indicadores de qualidade que atingem o percentual de 100% são: orientação sobre prevenção de câncer de colo de útero e orientação sobre doenças de transmissão sexual DTS; já os indicadores que não alcançam 100% são: exame citopatológicos para câncer de colo de útero em dia, exames coletados com amostras satisfatórias representam 84% do total (623), exame citopatológicos para câncer de colo uterino com mais de 6 meses de atraso 64% (340); a avaliação de risco foi realizada para 342 mulheres (45%). Em função destes dados, nossa equipe aumentou o número de visitas domiciliares e a pesquisa em consultas, em busca daquelas mulheres que não

realizam prevenção e passou a orientar com maior força o controle dos riscos como tabagismo, DST e uso de camisinha em todas as relações sexuais.

Em relação ao câncer de mama, estão sendo acompanhadas na UBS 131 mulheres o que corresponde a 54% de cobertura para uma estimativa do CAP de 254 usuárias na faixa etária de 50 a 69 anos em nossa área de abrangência. Em relação aos indicadores de qualidade recebeu orientação sobre prevenção de câncer de mama 100% (131), com mamografia em dia temos 132 (53%), com mais de três meses de atraso 24% (58) do total e com avaliação de risco para câncer de mama 15% (30).

Os resultados orientam que nossa equipe deve cadastrar as mulheres que necessitam de mamografia, realizar exame físico e interrogatório para detectar riscos que influenciam negativamente no câncer de mama como obesidade, idade, estresse, fatores hereditários e os associados ao ciclo menstrual, a terapia hormonal, o não aleitamento materno, o tabagismo e o sedentarismo, muitos deles passíveis de mudanças. Precisamos ainda incentivar as mulheres para que realizem o autoexame das mamas, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias. Necessitamos ainda atentar para o rastreamento de mulheres com risco elevado de câncer de mama, cuja rotina deve se iniciar aos 35 anos, com exame clínico das mamas e mamografia.

Em nossa área as mulheres são atendidas em consultas periódicas para uma avaliação clínica e também são indicados exames de prevenção, citologia de colo uterino, mamografias e ensinamos como fazer o autoexame de mama; nas comunidades são realizadas atividades de educação em saúde. São priorizados os grupos de risco e as atividades são registradas nos formulários e estes guardados em arquivos.

Em relação à HAS e DM, o CAP estima que tenhamos na área de abrangência da UBS 391 hipertensos e 97 diabéticos, porém temos um total de 350 pacientes com HAS e 76 com DM. Chegamos a estes números depois de uma pesquisa que fizemos na comunidade em 2014, através da qual conseguimos diagnosticar muitos casos ocultos. Os atendimentos são feitos na consulta programada, preenchidos nos prontuários, são indicados os exames de rotina e as consultas são realizadas a cada três meses, geralmente porque os usuários precisam renovar a prescrição médica em função da farmácia popular, além de obter uma avaliação clínica completa.

Em relação aos poucos indicadores de atenção à HAS que encontramos, podemos dizer que a cobertura para HAS se encontra em 86%. Existem 296 pacientes com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico,

o que representa 67%; ainda não alcança 100%, porém é preciso aumentar os atendimentos de cada paciente hipertenso e melhorar para aqueles que assistem às consultas. A orientação sobre prática de atividade física regular e a orientação nutricional para alimentação saudável está em 85%. Estes temas são tratados em todas as reuniões de grupos e encontros com a população.

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 na UBS seriam trabalhar mais com educação em saúde da população, associada ao autocontrole dos níveis de pressão, à atividade física e à dieta saudável, além de atualizar o registro específico de nossos usuários, pois muitos indicadores não puderam ser preenchidos em função desta deficiência.

A cobertura de DM encontrada está baixa apenas 67% e temos que traçar metas ainda superiores e mais fortes para cobrir toda a população. Entre os poucos indicadores da qualidade da atenção à DM encontrados temos 67% dos diabéticos com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, já que existem alguns usuários que resistem ao acompanhamento. Uma maneira de mudar isto seria por meio de contato telefônico e fazendo visitas domiciliares e buscas ativas.

Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à DM na UBS, a primeira coisa que temos que melhorar é organizar o rastreamento, os registros, o controle e a estratificação do risco de cada um dos pacientes, já que os resultados no controle do DM são frutos da soma de diversos fatores e condições que propiciam o acompanhamento, além do controle da glicemia e o desenvolvimento do autocuidado, o que contribuirá na melhoria da qualidade de vida e na diminuição da morbimortalidade.

Os objetivos mais importantes das ações de saúde são controlar a glicemia e, com isso, em longo prazo, reduzir morbimortalidade causada pela doença. No entanto, a equipe de saúde está pensando em uma intervenção educativa sistematizada e permanente para alcançar mudanças na população. Utilizar a terapia nutricional é importante na prevenção do diabetes mellitus. Fazer uma consulta de rastreamento completa é muito abarcadora para conhecer a história pregressa da pessoa; realizar o exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial também contribuem para a prevenção de complicações.

Temos cadastrado o total de pessoas idosas de nossa área, o que facilita nosso trabalho junto aos idosos e, além disso, a maioria tem a caderneta de idoso. A estimativa do número de pessoas maiores de 60 anos residentes na área é adequada à realidade (196), no entanto ainda poderão incorporar-se mais a este número à medida que vai transcorrendo o tempo com que as pesquisas são realizadas na comunidade e dado que a população idosa está em processo de envelhecimento.

A cobertura de Saúde da Pessoa Idosa encontrada é boa, já que temos 100% da cobertura. Os indicadores da qualidade da atenção à Saúde da Pessoa Idosa avaliados, encontram-se em boa qualidade, já que estão acima de 50%. Do total de idosos 93% possuem Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, 62% possuem Realização de Avaliação Multidimensional Rápida, 74% mantêm acompanhamento em dia, mas muitos embora estejam cadastrados, não assistem as consultas com a periodicidade indicada. Dos cadastrados há 42% com Hipertensão arterial sistêmica e 12% com Diabetes mellitus e 33% possui avaliação de risco para morbimortalidade.

Oferecer à pessoa idosa e à sua rede de suportes social, incluindo familiares e cuidadores (quando existente), uma atenção humanizada com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, com respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso é indispensável. É necessário aumentar orientações gerais relacionadas à alimentação, em especial nas situações de doenças crônicas como diabetes, hipertensão, obesidade e hipercolesterolêmia. Caso sejam necessárias orientações nutricionais específicas, fazer as ações conjunto com a nutricionista para um bom planejamento. Incentivar o idoso e, com ajuda da secretaria de saúde, trazer um educador físico para incentivar a incorporação da prática corporal/atividade física, com o incentivo de amigos e familiares.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional

Antes de fazer a análise completa da unidade de saúde não tínhamos todas as informações coletadas, portanto o primeiro texto foi baseado em informações

simples, por meio da observação e de informações colhidas junto da equipe de saúde. Depois de fazer a análise detalhada da UBS consideramos que conseguimos conhecer todas as dificuldades, as deficiências, os problemas que tem a unidade de saúde e a partir desta análise poderemos levar a cabo um melhor trabalho, elaborando um plano de ações que permitirá modificar a organização da UBS em muitos aspectos.

Citamos com base nas informações do relatório, que há necessidade de reestruturação física da UBS com apoio dos governos, melhorar os indicadores de saúde, diminuir o número de complicações dos pacientes diabéticos e hipertensos, incentivar a mudança de estilos e hábitos de vida não saudáveis, aumentar as atividades de promoção da saúde nas comunidades e permitir que os atendimentos odontológicos sejam de melhor qualidade.

2 Análise Estratégica

2.1. Justificativa

A HAS representa um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Sua prevalência no Brasil varia entre 22% e 44% para adultos (32% em média), chegando a mais de 50% para indivíduos com 60 a 69 anos e 75% em indivíduos com mais de 70 anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010). Além de ser um dos principais problemas de saúde no Brasil, eleva o custo médico-social, principalmente pelas complicações que causa, como as doenças cerebrovasculares, arterial coronariana, vascular de extremidades, insuficiência cardíaca e insuficiência renal crônica. O Diabetes mellitus é outro importante e crescente problema de saúde pública. Sua incidência e prevalência estão aumentando no mundo todo, alcançando proporções epidêmicas (BRASIL, 2012).

A UBS em que atuo possui modelo de atenção de ESF e é chamada de Prata, estando localizada na comunidade rural de mesmo nome, há uma distância de 20 km do município de Altos de Piauí. Tem uma extensão territorial em torno de 24 km² com uma população de 2754 mil pessoas, composta por 535 famílias, localizadas nos diferentes assentamentos. Funciona a 32 meses prestando atendimento em dois turnos. Tem uma área geográfica de abrangência definida, assim como um mapa da mesma, atualizado há um ano (2013).

A equipe de saúde que trabalha na UBS está formada pelo clínico geral, por uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma Secretária, sete ACS e uma odontóloga. Geralmente realizam-se atividades assistenciais nas comunidades com os diferentes grupos, adolescentes, saúde bucal nas escolas, saúde da mulher, diabéticos e hipertensos. Nestas atividades trabalham quase todos os membros da

equipe. Geralmente é organizada pelo médico, enfermeira e pelos ACS que realizam atividades com os parceiros da comunidade.

A população alvo da minha ação programática é 100% rural e temos um total de 337 pacientes com HAS o que representa uma cobertura de 86% e 65 pacientes com diabetes mellitus (cobertura de 67%). É um número bastante alto, que só descobrimos depois de uma pesquisa que fizemos, quando conseguimos diagnosticar muitos casos ocultos. Os indicadores de qualidade destes usuários encontram-se deficientes, o registro específico está bastante incompleto e faltam muitas fichas de controle, a maioria não faz os exames laboratoriais ou demoram mais de um ano para realizar a coleta. A grande maioria dos exames clínicos está em atraso porque os pacientes não assistem às consultas. O nível de conhecimento por parte dos usuários quanto aos hábitos de vida saudáveis é deficiente principalmente sobre a alimentação e higiene bucal.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à Hipertensos e Diabéticos na UBS Prata do município de Altos/PI.

2.2.2 Objetivos Específicos e Metas

1- Ampliar a cobertura à Hipertensos e/ou Diabéticos;

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

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

2- Melhorar a qualidade da atenção a Hipertensos e/ou Diabéticos;

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

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

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

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

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

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

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

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

3- Melhorar a adesão de Hipertensos e/ou Diabéticos ao Programa;

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

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

4- Melhorar o registro das informações;

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

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

5- Mapear Hipertensos e Diabéticos de risco para doença cardiovascular;

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

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

6- Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Prata, Município de Altos/PI. Participarão da intervenção todos os pacientes hipertensos e/ou diabéticos pertencentes à área de cobertura da UBS.

2.3.1 Detalhamento das Ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura à Hipertensos e/ou Diabéticos

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: Será realizado o monitoramento e avaliação periódica, com frequência quinzenal pela enfermeira, através de planilha Excel, disponibilizada pelo curso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa.

Detalhamento: a enfermeira e o médico clínico geral serão responsáveis por realizar o registro total dos hipertensos cadastrados no programa.

Ações: Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM.

Detalhamento: o serviço será organizado para que a equipe possa realizar o melhor acolhimento, ao total dos pacientes portadores de HAS que vem a unidade de forma induzida ou espontânea, por diferentes motivos, todos os dias e em todos os turnos, possuindo as mesmas possibilidades os pacientes aposentados, e trabalhadores o não. Isto será feito pela enfermeira e a técnica de enfermagem.

Ações: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanometro, manguitos, fita métrica) e para o hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: a equipe vai efetuar a tomada da medida da pressão arterial e a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde a todos os pacientes que vem a unidade de forma induzida ou espontânea por diferentes motivos. Estes materiais serão garantidos pela enfermeira junto ao gestor municipal de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: 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.

Detalhamento: será realizado o engajamento público pela equipe de saúde em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade pelo menos uma vez ao mês.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos 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. Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde para

realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: serão realizadas as capacitações de toda equipe de saúde começando a capacitação sobre o manual técnico de Protocolo de Hipertensão e diabetes na própria UBS, no horário utilizado para reunião de equipe mensalmente.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos. Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde. Monitorar o número de diabéticos e hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada. Monitorar o número de diabéticos e hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Será realizado o monitoramento e avaliação periódica, com frequência semanal pela enfermeira, através da análise das fichas espelho e dos prontuários dos usuários, bem como da planilha Excel, disponibilizada pelo curso.

Ações: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/HIPERDIA.

Detalhamento: Será realizado o monitoramento e avaliação periódica nos prontuários dos pacientes, com frequência mensal pela enfermeira.

Ações: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico. Detalhamento: Será realizado o monitoramento e avaliação periódica, com frequência semanal pela técnica em odontologia, através das anotações nos prontuários dos usuários.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos.

Detalhamento: Melhorar o acolhimento com os portadores de HAS e diabéticos. Serão criadas as melhores condições para que a equipe possa realizar um melhor acolhimento de maneira contínua, ao total dos pacientes portadores de hipertensão e diabetes que vem a unidade de forma induzida ou espontânea, por

diferentes motivos da consulta, todos os dias e em todos os turnos. Este será feito pela enfermeira.

Ações: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Será realizada a tomada da medida da pressão arterial na unidade de saúde a todos os usuários que forem a unidade de forma induzida ou espontânea por diferentes motivos. Essa ação será realizada pela enfermeira.

Ações: Garantir o registro dos diabéticos e hipertensos cadastrados no programa.

Detalhamento: Será realizado o registro pela enfermeira, e médico clínico geral, semanalmente com os dados de todos os usuários diabéticos e hipertensos cadastrados.

Ações: Garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Será realizado hemoglicoteste na unidade de saúde a todos os usuários maiores de 20 anos o mais, que forem a UBS de forma induzida ou espontânea por diferentes motivos. Essa ação será realizada pela enfermeira.

Ações: Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: a capacitação dos profissionais será feita na primeira semana de intervenção de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, na UBS, no horário das reuniões de equipe.

Ações: Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: a enfermeira providenciará versão atualizada do protocolo impresso na unidade de saúde com apoio do gestor municipal.

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

Detalhamento: a enfermeira ficará responsável por garantir isto junto ao gestor municipal de saúde.

Ações: Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Será estabelecido sistema de alerta no prontuário do paciente a fim de garantir os exames complementares preconizados conforme periodicidade recomendada. Isto será feito pela clínica geral e pela enfermeira.

Ações: 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 diabético provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico

Detalhamento: a técnica em odontologia vai atuar na avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e diabéticos atendidos na UBS diariamente. Os atendimentos dos hipertensos e diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico serão realizados em todos os turnos possuindo as mesmas possibilidades para todos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos 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. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de 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.

Detalhamento: será realizado o engajamento público pela equipe de saúde em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade pelo menos duas vezes ao mês.

Ações: Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos. Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: será realizado o engajamento público pela equipe de saúde em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade pelo menos umas vezes ao mês com a participação da equipe de odontologia da UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: 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. Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: serão realizadas as capacitações de toda a equipe de saúde na própria UBS, no horário utilizado para reunião de equipe mensalmente, disponibilizando 2 horas para isto ao final da reunião.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Será realizado o monitoramento e o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) com frequência semanal pela enfermeira que examinara os prontuários e os agendamentos feitos em cada atendimento.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos. Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será realizada a organização da agenda para a equipe possa organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos semanalmente. Serão reservadas 06 vagas semanais para atendimento dos pacientes provenientes das buscas ativas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos). Esclarecer aos portadores de hipertensão, diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: será realizado o engajamento público pela equipe de saúde em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade pelo menos uma vez ao mês

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: serão realizadas as capacitações do toda a equipe de saúde na própria UBS, no horário utilizado para reunião de equipe mensalmente, disponibilizando 2 horas para isto ao final da reunião.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Será realizado o monitoramento e avaliação periódica, com frequência semanal pela enfermeira, revisando as fichas espelho, os prontuários clínicos e através de planilha Excel, disponibilizada pelo curso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar a ficha de acompanhamento. Pactuar com a equipe o registro das informações. Definir responsável 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.

Detalhamento: A enfermeira ficará responsável por manter os dados do SIAB atualizados mensalmente. A ficha de acompanhamento utilizada será a ficha espelho disponibilizada pelo curso. Serão colocados alertas nos prontuários dos pacientes quando houver atrasos de consultas, exames, etc.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

Detalhamento: esta informação será repassada aos usuários através de contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade pelo menos uma vez ao mês e sempre que procurarem por este serviço na UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso. Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: serão realizadas as capacitações da toda equipe de saúde na própria UBS, no horário utilizado para reunião de equipe mensalmente, disponibilizando 2 horas para isto ao final da reunião.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Detalhamento: Será realizado o monitoramento e avaliação periódica, com frequência trimestral pela enfermeira, revisando os prontuários e a fichas espelho dos hipertensos e diabéticos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Os pacientes de alto risco possuirão agendamento prioritário em todos os dias e em todos os turnos, a fim de evitar outras complicações.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: 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).

Detalhamento: Será realizado o engajamento público em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade pelo menos uma vez ao mês

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: 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.

Detalhamento: serão realizadas as capacitações do toda a equipe de saúde na própria UBS, na primeira semana de intervenção.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Ações: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos. Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos. Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos e hipertensos. Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Será realizado o monitoramento e avaliação periódica, com frequência semanal pela enfermeira, revisando as fichas espelho os prontuários clínicos e através de planilha Excel, disponibilizada pelo curso.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

Ações: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável. Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade. Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Em nosso serviço temos só uma nutricionista e esta vai fazer avaliação uma vez por mês nas comunidades.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

Ações: Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável. Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular. Orientar os hipertensos, diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Orientar os hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Será realizado em contato com associação de moradores e com os representantes da comunidade pelo menos uma vez ao mês.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular. Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

Detalhamento: serão realizadas as capacitações do toda a equipe de saúde na própria UBS, na primeira semana de intervenção.

2.3.2 Indicadores

Relativo ao objetivo 1. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

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

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

Numerador: Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área de abrangência da unidade de saúde e acompanhados na UBS.

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

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

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

Numerador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde e acompanhados na UBS.

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

Relativo ao 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 em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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 em dia de acordo com o protocolo.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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 exames complementares em dia. Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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 exames complementares periódicos em dia.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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 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 residentes na área e acompanhados na UBS.

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 residentes na área e acompanhados na UBS.

Relativo ao 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 residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram as 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 residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

Relativo ao 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 com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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 com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Relativo ao 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 por exame clínico em dia.

Numerador: Número de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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 por exame clínico em dia.

Numerador: Número de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Relativo ao 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 com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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 com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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 com orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

Indicador 6.4. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

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

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

Indicador 6.7. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

Indicador 6.8. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

2.3.3. Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes mellitus vamos adotar o Manual Técnico de Protocolo de Hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde, 2013. Utilizaremos a ficha-espelho dos hipertensos e diabéticos disponibilizada pelo curso. Faremos contato com o gestor municipal para dispor de todas as fichas espelho necessárias que serão anexadas aos prontuários dos pacientes. Para o acompanhamento mensal do andamento da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registros, identificando os usuários que vieram ao serviço para ser acompanhados nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários dos hipertensos e diabéticos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais, estratificação de risco cardiovascular, assim como promoção de saúde.

A análise situacional e a definição de um foco para a intervenção já foram discutidas com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de Protocolo de Hipertensão e diabetes para que toda a equipe utilize esta referência na atenção às hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, na primeira semana de intervenção. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe. Faremos contato com o gestor do município para garantir os materiais de estudos necessários para cada membro da equipe.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Os hipertensos e diabéticos com atraso nos

atendimentos e provenientes da busca ativa serão atendidas no mesmo turno para ampliar o cadastro e os atendimentos em dia. Os hipertensos e diabéticos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências, caso necessário se fará a contra referência. Os pacientes que buscam consulta de rotina terão prioridade no agendamento. Os pacientes que vierem a consulta sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade na igreja da área de abrangência e apresentaremos o projeto esclarecendo a existência do programa de Atenção a Hipertensão e a Diabetes Mellitus, e a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos anualmente, assim como do rastreamento para Diabetes Mellitus. Solicitaremos apoio da comunidade sobre a necessidade de priorização deste grupo populacional.

Semanalmente a enfermeira examinará as fichas-espelho dos hipertensos e diabéticos, identificando aqueles que têm periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia), exames clínicos apropriados, exames laboratoriais e que tenha realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os usuários cadastrados em atraso, estima-se seis por semana, totalizando 24 por mês. Ao fazer a busca já agendará hipertensos e diabéticos para um horário de sua conveniência. Ao final de cada mês, as informações coletadas na ficha espelho serão consolidadas na planilha eletrônica.

Ao final de cada semana se informará aos ACS os pacientes faltosos que para que façam a busca ativa destes. Tomaremos como estratégia anotar no prontuário o número telefônico dos pacientes hipertensos e diabéticos e endereço com todos os dados para facilitar o trabalho dos agentes comunitários de saúde. Ao fazer a busca já agendará o hipertenso e/ou diabético para um horário de sua conveniência na UBS. As visitas domiciliares serão feitas todas as terças-feiras por toda a equipe de saúde para buscar os hipertensos e diabéticos faltosos. Os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares serão acompanhados quanto chegarem à UBS.

2.3.4 Cronograma

AÇÕES	SEMANAS															
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS	X				X				X				X			
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	x								X							
Contato com lideranças comunitárias	x								X					X		
Cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área adstrita	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Garantir o registro dos hipertensos diabéticos cadastrados.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Orientações a comunidade e a hipertensos e diabéticos	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Capacitar os ACS para cadastramento e realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos faltosos	x								X							
Garantir com o gestor municipal a agilidade para exames complementares.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Atendimento clínico dos hipertensos e diabéticos	x	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x
Busca ativa dos hipertensos e diabéticos faltosos as consultas.	X	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoramento e avaliação	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Grupos de promoção da saúde na comunidade				x				x				x				x
Avaliação das ações pela equipe de saúde				x				x				x				x

3 Relatório da Intervenção

Nossa intervenção ocorreu na UBS Prata e foi realizada no período de fevereiro a junho de 2015, enfocando a melhoria da atenção a hipertensos e diabéticos. Abaixo a descrição das atividades desenvolvidas, bem como facilidades e dificuldades enfrentadas durante este processo.

3.1 Ações previstas no projeto e que foram desenvolvidas:

O caminho percorrido até esta data foi muito longo onde enfrentamos muitas dificuldades que, ao final, algumas foram resolvidas e outras não. Iniciamos a intervenção com a capacitação da equipe de saúde, abordando aspectos do manual do Ministério da Saúde e trabalhando temáticas como acolhimento, cadastramento dos usuários, reconhecimento de novos casos, buscas ativas, verificação da pressão arterial e realização do hemoglicoteste, frequência de realização de exames laboratoriais e consultas médicas e orientações no sentido da promoção da saúde para hipertensos e diabéticos.

Considerando a organização e gestão do serviço, a UBS ficou organizada da seguinte forma: como nossa área de abrangência está localizada na zona rural o atendimento dos usuários do programa de Hiperdia é feita geralmente na segunda à tarde e na quarta pela manhã nas comunidades que planejamos os atendimentos, mas também fazemos atendimento fora destes turnos sempre que há esta necessidade.

Combinamos previamente que as consultas seriam agendadas pela secretária da unidade de saúde e, quando os atendimentos fossem em outras comunidades, pela enfermeira ou técnica de enfermagem. O acolhimento como já expliquei anteriormente tem vários matizes; por exemplo, geralmente é feito pela enfermeira da UBS, mas ela trabalha pela manhã e assim muitas vezes é feito por mim também. As fichas espelho foram preenchidas pela enfermeira, pelos ACS e pelo médico sendo que este monitorava o preenchimento para estar mais seguro sobre o registro adequado.

A busca ativa era realizada por todos: pelo médico nas visitas domiciliares, pela enfermeira e principalmente pelos ACS. Ainda continuamos esse trabalho porque a população de nossa área, como toda população do mundo, está em

evolução constante no processo saúde enfermidade. Em relação aos medicamentos acordamos que a distribuição seria feita pela secretária da unidade ou por mim quando estes estivessem no consultório no momento da consulta médica. Isso funcionava bem especialmente nos atendimentos realizados nas comunidades, onde já levávamos as medicações.

Dando seguimento a intervenção, primeiramente buscamos junto aos ACS, cadastrar 100% dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade de saúde. Para isso, cada ACS levantou os usuários hipertensos e diabéticos de sua microárea e se manteve ativo na busca pela identificação de novos casos. Foram atendidos 350 usuários durante o período de intervenção.

Com estas ações tivemos muitas melhorias em relação a qualidade de vida das pessoas que pertencem ao grupo de Atenção aos Hipertensos e Diabéticos os quais atualmente fazem exercícios físicos quase que diariamente e, com frequência quinzenal, recebem palestras sobre dieta saudável. Isto representa uma melhoria muito importante, já que jamais na comunidade havia sido realizado um projeto desta magnitude para a satisfação social, tendo um bom acolhimento pela comunidade. Também conseguimos incorporar 35 novos usuários que anteriormente não possuíam atendimento sistemático e não tinham conhecimento de que eram diabéticos e/ou hipertensos, neste caso, 29 com HAS e 6 com DM.

Em relação ao monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, acho que esta ação foi cumprida integralmente mediante o preenchimento das planilhas e fazendo registro nas fichas espelho dos cadastros realizados. Também é certo que muitas vezes o número de usuários planejado para ser avaliado semanalmente que devia ser de 36 às vezes não chegava ou outras vezes era muito maior que isso, dependendo geralmente da área onde eram realizados os atendimentos.

Em muitas ocasiões não alcançamos a meta semanal proposta, um dos motivos foi o período de chuvas, outro motivo foi devido às minhas férias, além da falta de organização da equipe que inicialmente apresentou muitos tropeços, mas com o trabalho do dia a dia foi sendo resolvido em muitas ocasiões.

Em relação à organização do serviço, foram sempre garantidos pela secretaria de saúde os esfigmomanômetros, manguitos e fita métrica, não sendo assim com o glicosímetro para realização do hemoglicoteste (HGT), que só pode ser

garantido em algumas consultas e algumas vezes era do usuário. O aparelho da UBS estava na maioria das vezes sem fita reativa ou defeituoso.

Sobre a divulgação da existência do projeto para a comunidade, realmente tivemos apoio durante todo o projeto. Muitas vezes a rádio local nos apoiou sendo realizada por três vezes a abertura de um espaço na rádio para esta divulgação. Enfatizamos que os maiores multiplicadores foram os ACS, que conversavam com os líderes comunitários, os quais replicavam a informação sobre o programa de intervenção para a comunidade em geral.

Distribuímos cartilhas informativas nos pequenos comércios da comunidade para que a população tivesse acesso à informação. Após o período de férias do médico, a divulgação não foi a mesma, e reconhecemos que foi devido a falta de supervisão já que a rádio esteve todo o tempo a nossa disposição. Sempre tivemos cooperação dos líderes comunitários que ajudaram para que na área de saúde fossem conhecidos nossos objetivos.

Sempre trabalhamos para melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos fazendo as visitas domiciliares, nos casos que não foi possível o usuário se locomover até a unidade de saúde, e fazendo encaminhamento dos mesmos quando necessário. Referente aos exames laboratoriais para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, sempre tivemos apoio da secretaria de saúde que disponibilizou os exames e, neste aspecto, priorizou o projeto.

Temos como pendência melhorar o atendimento odontológico o qual não foi o mais adequado durante o projeto, primeiro porque não foram atendidos os usuários que estavam planejados em virtude de que o local de atendimento não está em boas condições estruturais e segundo, porque atualmente o local de atendimento ficou muito distante, ou seja, fica na cidade na secretaria de saúde acerca de 16 km da unidade de saúde dificultando a população locomover-se até lá.

3.2 Ações previstas no projeto e que não foram desenvolvidas

No eixo da organização e gestão do serviço, referente à participação da nutricionista na rotina diária, não foi possível na maioria das vezes. Temos que afirmar que o município só conta com um nutricionista o qual impossibilita sua presença com maior frequência na unidade. Neste sentido, priorizamos sua

participação no grupo de atenção aos hipertensos e diabéticos. Estes encontros eram previstos com antecipação e, nas poucas ocasiões que deram certo foram muitos proveitosos: a nutricionista falava sobre alimentação saudável, principalmente, os alimentos que são recomendáveis para os diabéticos, fazia programação de dietas fracionadas, entre outras.

Não foi possível a participação rigorosa dos educadores físicos no grupo de atenção aos hipertensos e diabéticos já que os mesmos estão vinculados às escolas e a outros grupos e não possuem disponibilidade todo o tempo; o gestor municipal informou que não tem previsão para a contratação de outros educadores físicos no momento. A participação do educador físico aconteceu durante três encontros onde foi feita demonstração dos principais exercícios que os pacientes do Hiperdia podiam fazer em casa, sobre a importância de realizar caminhadas de mais ou menos 30 minutos com prévio alongamento muscular e com uma frequência de três vezes por semana.

Como se trata de uma zona rural, não temos a presença de academias, porém reforçávamos sobre os exercícios que podiam fazer em casa, principalmente as donas de casa. Referente à organização do tempo médio de consulta com a finalidade de garantir orientações a nível individual, nem sempre foi possível cumprir já que muitas vezes as pessoas avaliadas foram idosos com baixo nível escolar o que dificulta a compreensão dos mesmos, e em muitas ocasiões prolongando o tempo médio de consulta. Também quanto a realização dos HGTs, muitos dos pacientes diabéticos não foram avaliados porque não tínhamos disponível as fitas reativas ou o glicosímetro estava defeituoso.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos resultados

Em relação à coleta de dados apresentamos algumas dificuldades com a obtenção dos dados que não estavam disponíveis durante as visitas domiciliares, principalmente quando os idosos estavam sozinhos na residência. Muitos não conheciam qual tipo de medicamento utilizavam, os exames realizados e o tempo que haviam coletado os mesmos, se haviam recebido orientação sobre o atendimento odontológico, dieta saudável e participado de alguma palestra. Muitas

vezes tivemos que voltar em horário onde tiveram presentes outros membros da família, para que pudessem esclarecer nossas dúvidas.

Também em relação às planilhas e fechamento de dados, inicialmente apresentamos algumas dificuldades com o cálculo dos indicadores, mas à medida que nos adentramos no trabalho isto foi se resolvendo. Tenho que dizer que sempre nossa orientadora ofereceu o seu apoio e fazia esclarecimentos das dúvidas que iam aparecendo. O nível educacional às vezes impedia a coleta adequada de dados no começo da pesquisa, mas com o passar do tempo e o apoio dos ACS foi dando certo até que conseguimos coletar adequadamente todos os dados. Em uma ocasião faltaram cópias das fichas espelho, porém com o apoio da secretaria resolvemos este problema.

3.4 Análises da incorporação das ações da intervenção na rotina do serviço

É muito importante perceber que existem ações importantes sendo incorporadas na rotina do serviço como, por exemplo, a recuperação do grupo de atenção aos hipertensos e diabéticos o qual tem um bom acolhimento na comunidade, já que não são somente renovadas as receitas dos medicamentos, mas também realizadas orientações para mudanças no estilo de vida, garantindo uma dieta mais saudável e recebendo orientação sobre as complicações.

Atualmente garantimos atendimentos com mais qualidade por parte da enfermeira, dos agentes comunitários de saúde e de todo o pessoal que trabalha na unidade de saúde. Alguns pacientes realizam exercícios físicos orientados pelo fisioterapeuta do hospital nos casos que necessitam deste especialista e em parceria com a equipe, possibilitando um canal mais aberto nas opiniões relacionadas a saúde.

A equipe foi capacitada e agora realiza verificação de pressão arterial e medição da glicose de forma criteriosa utilizando os esfigmomanômetros e hemoglicoteste sempre que esteja em boas condições. Estamos batalhando desde o início da intervenção juntamente com a direção da secretaria de saúde para dar solução a este problema.

Também estão sendo realizadas avaliação dos pulsos periféricos e exploração da sensibilidade dos membros inferiores dos pacientes diabéticos, o que

antigamente não fazíamos. As consultas odontológicas estão sendo feitas em outro local distante até que melhore a estrutura do posto médico, mas não parou o atendimento e os pacientes estão sendo avaliados, na medida do possível em função da necessidade de deslocamento.

Atualmente a comunidade está informada do projeto e sobre a periodicidade das consultas e coleta de exames aos hipertensos e diabéticos e dispõe de um atendimento mais organizado e integral.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

Os resultados da intervenção com foco na ação programática de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus estão apresentados abaixo, de acordo com o objetivo específico que representam:

Em relação ao objetivo de cobertura: Na área de abrangência onde atuo existe uma população de 2.754 usuários. Segundo o último cadastro realizado em agosto 2014, temos um total de 337 hipertensos. Nossa primeira meta foi atingir uma cobertura de 100% destes usuários, sendo esta meta alcançada, superando nossas expectativas. Sendo assim, tivemos no primeiro mês um percentual de 29,7% dos usuários hipertensos atendidos (104), no segundo mês 66,3% (232), no terceiro mês 81,7% (286) e no quarto mês 100% com 350 hipertensos sendo cadastrados e atendidos. Trabalhamos exaustivamente na captação dos usuários hipertensos e encontramos 13 pacientes a mais em relação aos 337 cadastrados em 2014.

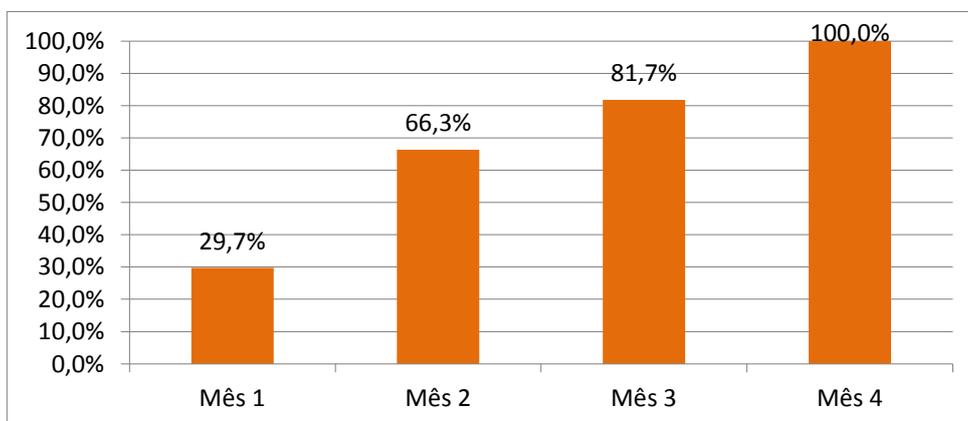


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde

Com o trabalho diário de toda a equipe, pouco a pouco fomos organizando as ações até completar 100% de cobertura. Com o trabalho bem organizado e com a ativa participação dos agentes comunitários de saúde, alcançamos o resultado esperado. Foi um processo planejado onde muitas vezes os pacientes eram agendados, porém muitas vezes não compareciam as consultas, quando com muito empenho realizávamos buscas ativas, a fim de atingir a meta proposta a cada mês.

Quanto à cobertura de usuários diabéticos na área de cobertura da UBS, estimamos atingir 100% de cobertura, em uma população que possuía 65 diabéticos cadastrados. Foi decisivo o trabalho diário de nossos ACS na hora de revisar os cadastramentos, buscar por novos pacientes e programar os agendamentos. No primeiro mês foram atendidos 16 usuários (21%); no mês 2, 49 usuários (64,5%); no mês 3, mês em que me encontrava de férias, foram atendidos 63 usuários (82,9%) e no mês 4, 76 usuários, o que correspondeu a 100%.

Salientamos que apesar da estimativa do CAP ser de 97 usuários, nossa equipe buscou constantemente por novos casos, porém reforçamos que o número máximo de diabéticos atualmente é de 76. Muitos usuários diabéticos foram atendidos mais de uma vez (no caso de descompensação clínica) e atualizados os indicadores em cada consulta. A população da área adscrita vive em regiões afastadas da UBS. Desta forma, o atendimento era feito e continua sendo feito, nas igrejas ou escolas de cada comunidade.

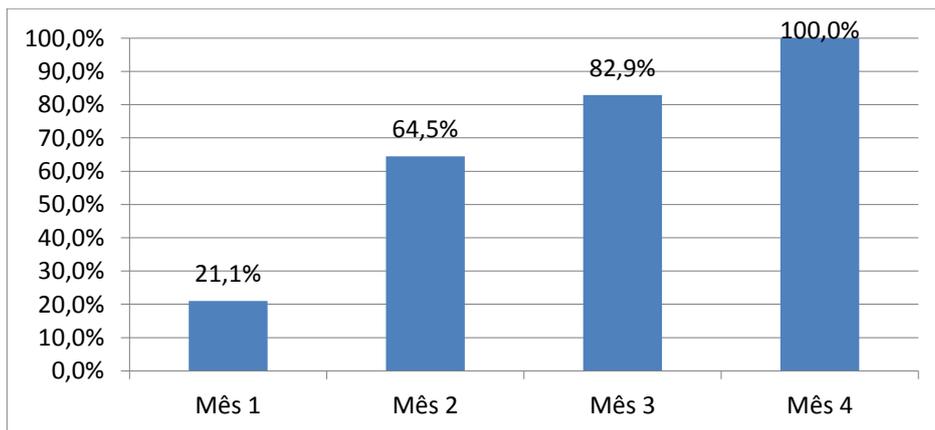


Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Em relação ao objetivo 2 de melhorar a qualidade do atendimento a hipertensos e/ou diabéticos, a primeira meta era realizar o exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos. Tivemos no primeiro mês 100% dos pacientes avaliados

cl clinicamente, o que correspondeu a 104 usuários cadastrados. No segundo mês 100% (232), no terceiro mês 100% (286) e no último mês mantivemos os 100% (350 usuários). A meta foi totalmente atingida, sendo a principal dificuldade a distância geográfica em que residem muitos pacientes, sendo que alguns não têm como se locomover até a UBS para fazer o exame clínico apropriado. Aqueles que estavam faltosos eram procurados por nossa equipe e reagendados para a próxima consulta na respectiva comunidade.

A segunda meta referente ao objetivo específico 2, foi realizar o exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos. De um total de 76 diabéticos na UBS, no mês 1 foram avaliados 100% dos diabéticos (16); no mês 2, 100% (47); no mês 3 e mês 4 também foi atingido 100% dos cadastrados (76 diabéticos). Como podemos apreciar todos os usuários diabéticos estão com o exame clínico em dia de acordo ao protocolo; com o esforço diário, conseguimos garantir esta prática, programando os atendimentos em cada localidade.

A terceira meta consistiu em garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Do total de hipertensos de nossa área, 343 estão com exames complementares em dia, o que corresponde a 98%. No mês 1, atingimos 99% dos pacientes (103 de 104 usuários); no mês 2, 97,4% (226 de 232); no mês 3, 97,6% (279 de 286) e no mês 4, 98% (343 de 350 usuários hipertensos).

A meta não pode ser integralmente alcançada pela ausência de reativos para realização dos exames e pela distância que residem os pacientes e que muitas vezes não tem como se locomover até o laboratório. Além disso, muitas vezes para ter uma avaliação mais rápida o paciente precisava pagar pelo exame em clínicas particulares em função da falta de reagentes.

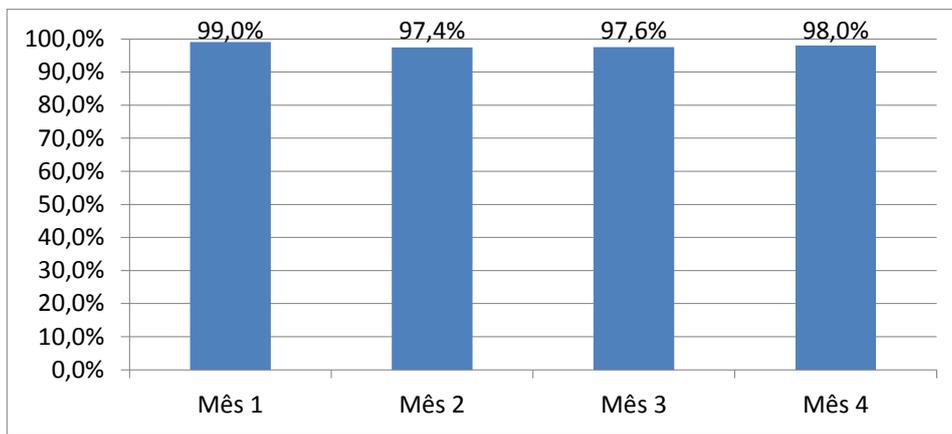


Figura 3: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Em relação a quarta meta, garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo: do total de pacientes diabéticos da área realizaram exames complementares no primeiro mês 93,8% (15 de 16 usuários); no segundo mês 91,8% (45 de 49 usuários) ; no terceiro mês 93,7% (59 de 63 usuários) e no quarto mês 94,7% (72 de 76 diabéticos acompanhados). Para este indicador, servem as mesmas justificativas citadas para o grupo de hipertensos. Neste momento, juntamente com os ACS, estamos visitando os que estão em atraso, a fim de que neste mês possamos alcançar uma avaliação completa.

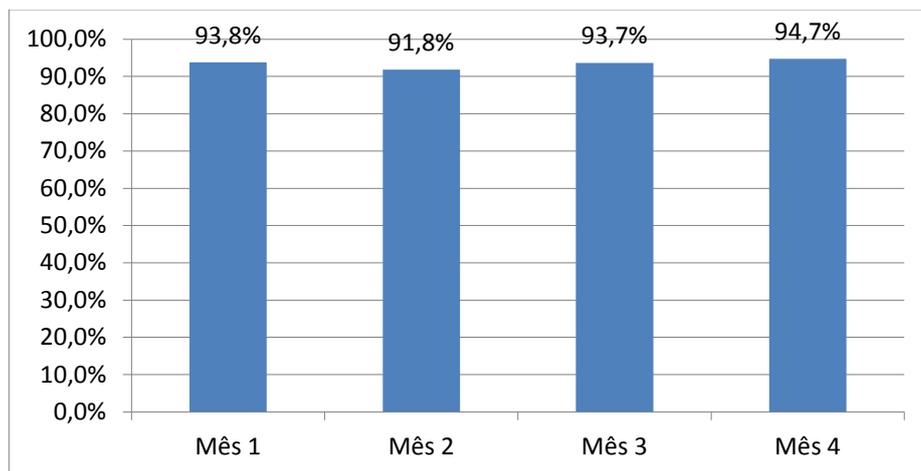


Figura 4: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Considerando a meta 5, referente ao objetivo específico 2 de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, dos 350 usuários hipertensos da UBS todos recebem os medicamentos na farmácia popular atualmente. Segundo o ministério de saúde os pacientes hipertensos devem ser avaliados a cada 4 meses, no caso de nosso município as receitas são renovadas a cada três meses, isto devido a uma regulamentação da farmácia onde os pacientes recebem os remédios em convenio com a secretaria de saúde.

Considerando a meta 6 de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, no primeiro mês de intervenção o percentual era de 93,8% (15 de 16 pacientes

acompanhados). Durante os meses 2 e 3 esta meta se manteve em 98% e 98,4% (48 e 62 usuários diabéticos respectivamente). Muitos usuários estavam acostumados a comprar os medicamentos ou eram atendidos em clínicas particulares, ou ainda fora do município, porém com as atividades de promoção da saúde nas comunidades, obtivemos uma maior procura e com o trabalho diário alcançamos 100% (76) no quarto mês de intervenção.

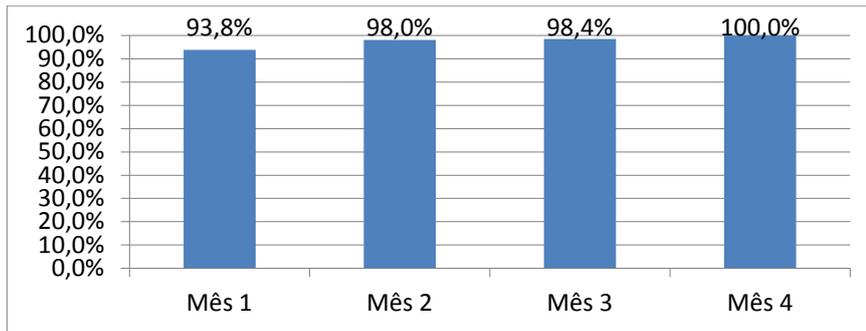


Figura 5: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia popular/Hiperdia priorizada.

A meta sete referentes ao objetivo 2, consistiu em realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos. Em nossa UBS que atua na zona rural com um local adaptado, o atendimento odontológico se torna difícil, pois não temos condições para fazer o atendimento dos pacientes hipertensos. Para isso os pacientes precisam ser atendidos nas quintas-feiras na secretaria de saúde, pela odontóloga da equipe. Do total de 350 pacientes hipertensos cadastrados, no primeiro mês foram atendidos 87,5% (91 de 104 usuários cadastrados). No segundo mês 91,8% (213 de 234 pacientes) e no terceiro mês 92,3% (264 pacientes de um total de 286). No quarto mês aumentamos o percentual para 98,9% (346 de 350 usuários). Ainda não alcançamos os 100% estimados como meta, mas a secretaria municipal de saúde tem o projeto de melhorar a estrutura da unidade de saúde e conseqüentemente os atendimentos serão mais regulares.

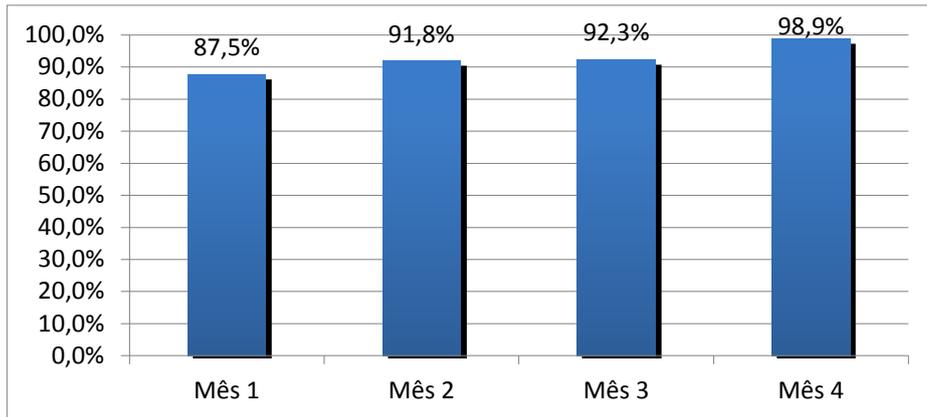


Figura 6. Proporção de hipertensos com avaliação das necessidades de atendimento odontológico.

A meta 8 estimou realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos. Nós temos em nossa área um total de 76 usuários diabéticos em uma população de 2754 habitantes. No mês 1 foram atendidos 15 usuários de um total de 16 que tínhamos cadastrado (93,8%); no mês 2 este percentual foi de 91,8% (45 de 49 usuários); já no terceiro mês conseguimos atender 58 de 63 usuários cadastrados (92,1%) e no mês 4 já o percentual aumentou para 98,7% (71 de 76 usuários cadastrados).

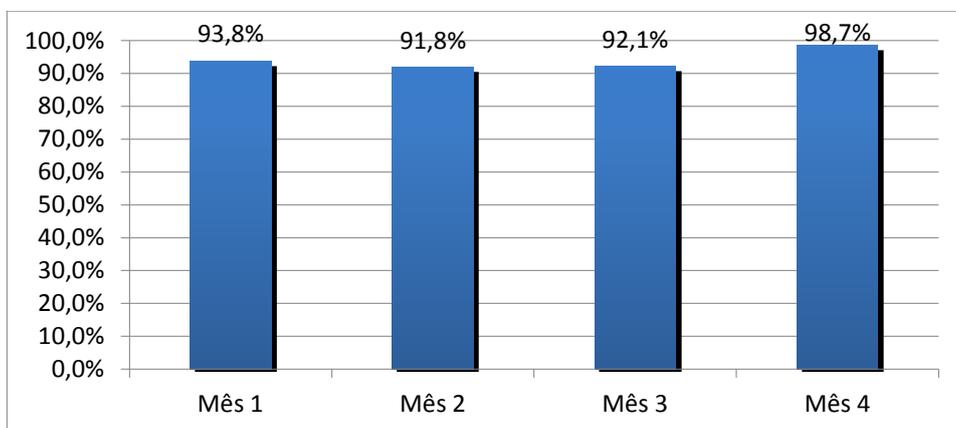


Figura 7. Proporção de diabéticos com avaliação das necessidades de atendimento odontológico.

Em relação ao objetivo específico 3 de melhorar a adesão ao programa, as metas consistiram em buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada. Durante a etapa de intervenção tivemos um total de 22 pacientes hipertensos faltosos nas consultas, todos eles receberam busca ativa realizada pelos ACS, o que correspondeu a 100%. A busca ativa foi realizada em visitas domiciliares

programadas; o trabalho dos ACS foi decisivo nesta etapa, sendo que tivemos que organizar algumas consultas em localidades muito distante para atingir os 100% dos usuários faltosos.

Quanto aos diabéticos faltosos ausentaram-se das consultas 5, para os quais foi realizada a busca ativa (100%). Estes cinco pacientes estavam faltosos em função das seguintes causas: 2 estavam acamados e programamos uma consulta domiciliar, um dele é cego e os outros residem muito distantes da unidade de saúde. Como estes pacientes não estavam frequentando a UBS tomamos a decisão de ir até as comunidades com maior frequência. Atualmente as consultas para estes pacientes estão em dia, assim como o tratamento e exames laboratoriais.

O objetivo específico 4 referiu-se a melhoria dos registros. As metas para este objetivo consistem em manter a ficha de acompanhamento em dia para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Estas metas são muito importantes, pois nos permitem ter um melhor controle das ações de saúde que planejamos e saber como vão evoluindo nas consultas os usuários. Na UBS do total de hipertensos (350), todos estão com ficha de acompanhamento em dia (100%). Este resultado está muito favorável, pois antes da intervenção o registro era muito deficiente. Aproximadamente 20% dos registros estavam incompletos, porém durante este período com o trabalho nas comunidades e organizando o atendimento em escolas, igrejas, e nas próprias residências dos usuários conseguimos completar os 100%.

Em relação aos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, contamos com uma população 100% rural, o que dificulta em muitas ocasiões o atendimento destes e o registro das consultas. Por exemplo, no primeiro mês registramos 100% de acompanhamento nas fichas espelho (16); no segundo e terceiro mês alcançamos 98% (48) e 96,8% (61) respectivamente. Já no quarto mês alcançamos 100% de registros adequados para os diabéticos (76), e a partir desse momento conseguimos acompanhar e saber como está evoluindo cada um deles.

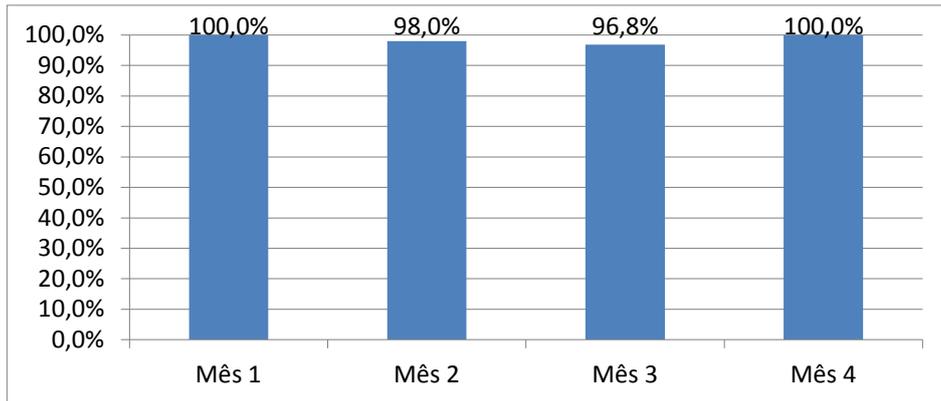


Figura 8. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Em relação ao objetivo específico 5 de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, a primeira meta consiste em realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde

Com o exame clínico detalhado de nossos pacientes, uma boa anamnese, além dos exames de laboratório, podemos diagnosticar os riscos cardiovasculares que estes apresentam. Para esta meta atingimos no primeiro mês 97,1% (101 usuários), no segundo mês 94,8% (220), no terceiro mês 95,1% (272) e no último mês 98,9% (336).

Como podemos observar nos primeiros meses foi difícil atingir a meta, mas já ao final da intervenção ficamos bem próximos de cumpri-la integralmente. Primeiramente tivemos que fazer a busca dos pacientes, as atividades de promoção da saúde na comunidade, para assim criar uma consciência sobre a importância de examinar, assistir a consultas, de fazer os exames laboratoriais periodicamente. Somente pouco a pouco e com um trabalho continuado estamos quase próximos dos 100% estimados.

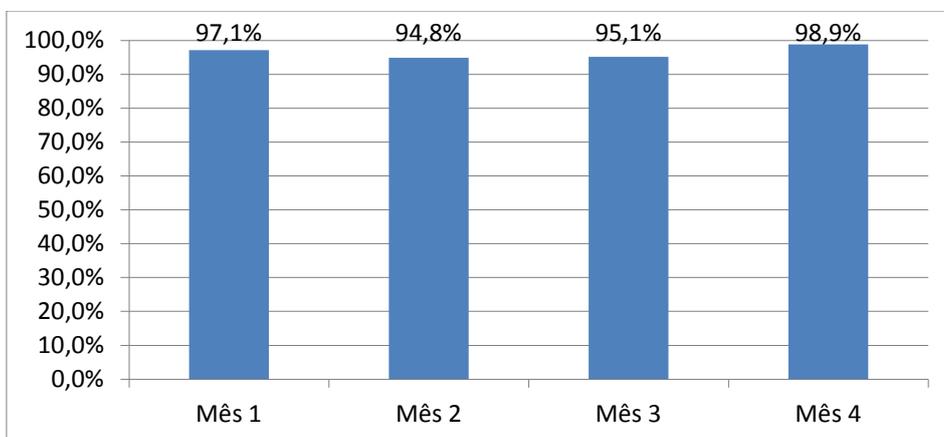


Figura 9. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

A segunda meta se referia a realizar a estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Dos 76 pacientes diabéticos que temos em nossa área de abrangência, no primeiro mês foram atingidos 100% (16) e no segundo mês 93,9% (46). Esta etapa foi a mais complicada, pois a área que estávamos atendendo era uma das mais distantes, além de que em boa parte deste período o médico responsável pela intervenção estava de férias, quando muitas vezes a avaliação médica ficou falha. Em boa parte do terceiro mês o médico responsável também estava de férias sendo a estratificação de risco cardiovascular realizada em 93,7% dos diabéticos (59). No quarto mês tivemos um longo trabalho para atingir os 100% (76 diabéticos), uma vez que tivemos que nos dedicar a captação dos mesmos para realizar esta avaliação de forma completa.

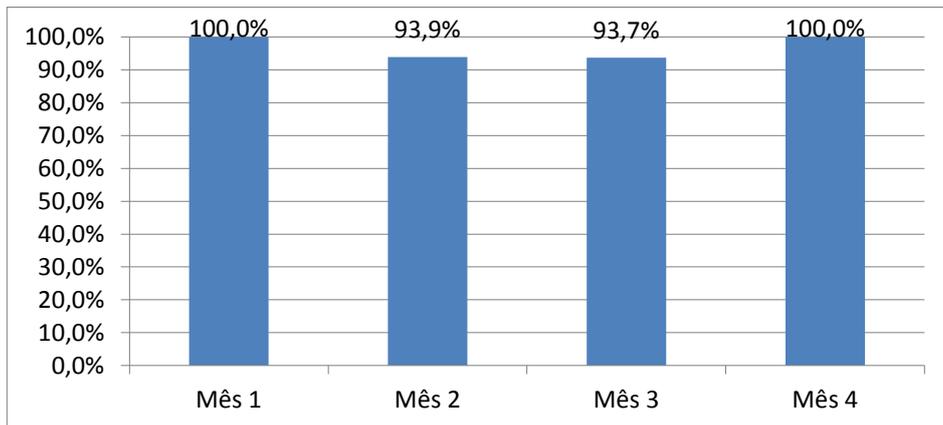


Figura 10. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Em relação ao objetivo 6, de promover saúde, definimos como metas: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável, prática regular de exercícios físicos e riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos e diabéticos.

A orientação sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e riscos do tabagismo aos pacientes hipertensos e diabéticos sempre está presente nas atividades de promoção da saúde que fazemos tanto na UBS como nas comunidades e assentamentos. Conseguimos manter estas metas em 100% durante os 4 meses de intervenção, com um trabalho de promoção da saúde bem planejado, inclusive com a distribuição de cartelas informativas, com divulgação em saúde pela rádio, etc.

Não contamos com o apoio de nutricionista e educador físico, porém procuramos mostrar a importância dos hábitos alimentares saudáveis e os principais exercícios que os pacientes podem realizar em seus próprios domicílios, incentivando as caminhadas. Afortunadamente nossa área tem poucos tabagistas, isso é muito importante para nosso trabalho de prevenção de câncer de pulmão, gastrites, transtornos circulatórios entre outros. Apesar de o número ser pequeno procuramos demonstrar os riscos a todos os pacientes durante os atendimentos.

Em relação à meta de garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos, este indicador mostrou-se aceitável durante a intervenção; apesar de não contarmos com estrutura e materiais adequados a odontologia em nossa UBS, procuramos fornecer estas orientações a totalidade dos pacientes em cada consulta (350 hipertensos e 76 diabéticos). Orientávamos sobre a saúde bucal, sobre cuidados diários como escovação e higiene das próteses dentárias e encaminhávamos ao atendimento odontológico realizado nas quintas-feiras quando esta necessidade era evidenciada.

É importante ressaltar o trabalho dos ACS nas orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, tabagismo e saúde bucal. A cada visita domiciliar os ACS reforçavam sobre estes cuidados, o que garantiu bons resultados para estas ações.

4.2 Discussão

A intervenção, em nossa unidade básica de saúde, propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria dos registros e a qualificação da atenção com destaque para a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e para a classificação de risco de ambos os grupos. Também proporcionamos para a equipe uma melhor capacitação. Foi possível cadastrar 100% dos hipertensos (350) e 100% dos diabéticos (76), fazer uma avaliação clínica completa, prescrever aqueles que ainda não estavam recebendo os medicamentos pela farmácia popular, avaliar o risco cardiovascular dos usuários e promover hábitos e estilos de vida mais saudáveis.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e do Diabetes. Esta atividade

promoveu o trabalho integrado do médico, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, da secretária e dos ACS. Graças à integração da equipe a maioria das metas foi cumprida no prazo esperado. Como médico de família assumi a responsabilidade de fazer as consultas aos pacientes com a periodicidade estabelecida, o exame dos pés, avaliação clínica com ênfase em buscar se o usuário apresentava alguma complicação clínica, indicação dos exames laboratoriais, orientação no sentido da promoção da saúde e encaminhamentos a aqueles que precisam uma avaliação de outro especialista.

Nas atividades que foram realizadas nas comunidades fazíamos promoção de saúde no sentido geral. O apoio da enfermeira foi muito importante na promoção de saúde, nas consultas àqueles pacientes principalmente os que estavam compensados e no registro das informações nas fichas de acompanhamento. O trabalho continuado e organizado da recepcionista foi decisivo em nosso trabalho diário; a mesma também nos apoiou na organização das consultas, nos agendamentos e ficou responsável por informar aos ACS sobre os usuários faltosos as consultas e pelo agendamento de um novo atendimento.

A técnica de enfermagem também nos apoiou muito nas atividades diárias auxiliando nas orientações sobre o cuidado com os pés, sobre as vacinas, nas buscas ativas, e na organização das atividades de promoção da saúde. De uma forma geral, para a equipe foi uma experiência de trabalho onde todos aprenderam muito, não somente sobre a prática clínica e sim sobre as relações humanas, sobre os pacientes, o ambiente em que vivem, seus costumes, o que nos ajudou a compreender melhor as causas pelas quais muitas vezes ficam descompensados.

Considero que resulta indispensável uma intervenção como esta para que a equipe de saúde alcance mudanças significativas em uma população alvo determinada, principalmente em contato direto com o dia a dia de seus integrantes. Com a experiência adquirida outros programas do ministério de saúde também estão apresentando mudanças na UBS, estamos realizando atividades com o grupo de gestantes buscando uma gestação mais saudável, melhorar hábitos de vida. No grupo de idosos já estamos desenvolvendo atividades educativas, principalmente aos familiares destes, a fim de evitar complicações ou complicações em função da idade como as quedas, a desidratação entre outras.

A melhoria dos registros e o agendamento dos Hipertensos e Diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea. A

classificação de risco dos hipertensos e diabéticos tem sido cruciais para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos. Também a intervenção criou uma base para que nosso serviço funcione com mais eficiência, mais organizado, onde cada membro conhece sua função em uma determinada situação e a partir daí presta um cuidado de melhor qualidade.

Os impactos da intervenção ainda são pouco percebidos pela comunidade, porém é possível observar que hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, pois antes da intervenção não era realizada uma avaliação tão completa, as diferentes comunidades mostram-se contentes e estão olhando por seus familiares, tanto diabéticos como hipertensos, mais motivados para o cuidado. Por outro lado, gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização.

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse discutido as atividades que vinha desenvolvendo com a equipe. Também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto. Atualmente planejaria mais atividades principalmente com os diabéticos, como avaliação sobre a retinopatia diabética. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada, porém, como vamos incorporar a intervenção a rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas. Também estamos pensando em uma forma de estabelecer um maior controle daqueles pacientes que apresentam os maiores riscos de complicações.

Uma vez que acabamos a intervenção ela já forma parte de nosso trabalho diário. Para isto, vamos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade em relação a necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Temos criado em parceria com os ACS, atendimentos em um período de tempo mais curto daqueles pacientes que são mais vulneráveis e a pesquisa continua no trabalho diário.

Pretendemos criar grupos de usuarios do programa HIPERDIA por comunidades onde possamos interatuar com frequência, e fazer atividades não só educativas como também recreativas, culturais e somar a este grupo os idosos e aqueles pacientes que apresentam doenças crônicas, ou seja, mais vulneráveis. Vamos utilizar a ficha espelho dos hipertensos e diabéticos para poder continuar coletando e monitorando todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto.

Com o apoio da secretaria de saúde que tem previsto doar um computador a unidade de saúde, vamos digitalizar todas as nossas informações sobre os diferentes grupos. O próximo passo é seguir com a intervenção em nosso serviço. Como temos uma população de 2750 pacientes que residem em um raio de 30 km quadrados, resulta complexo o atendimento, por isso temos que seguir trabalhando em cada comunidade para dar cobertura a todos os que precisam. Neste momento já estamos elaborando um projeto semelhante para melhorar o programa de atenção às crianças, pois o número de crianças nesta região é alto e apresentam muitos quadros de parasitoses intestinais, dermatites por diversas causas e problemas dentários, daí a importância de que nosso próximo enfoque seja para este grupo.

5 Relatório da Intervenção para os Gestores

Sr. Secretário Municipal, da Saúde,

Estamos apresentando o Relatório de implementação do Projeto de Intervenção na UBS rural Prata, intitulado: Melhoria da atenção a Hipertensos e Diabéticos na UBS Prata, Município de Altos/PIAUI. Primeiramente é importante dizer que a intervenção ocorreu no período de 16 semanas e que as ações desenvolvidas foram planejadas de acordo com os eixos temáticos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. A intervenção ocorreu na área de abrangência da UBS da Prata que tem uma população de 2754 pessoas, sendo destas 350 hipertensos e 76 diabéticos, tendo todos os usuários participado da intervenção.

Antes da intervenção a atenção aos hipertensos e diabéticos apresentava-se da seguinte forma: o cadastro dos usuários era muito deficiente, tínhamos muitos pacientes hipertensos e diabéticos que não estavam com os exames laboratoriais em dia, a avaliação odontológica e a avaliação de risco cardiovascular praticamente não eram realizadas. Muitos usuários não estavam recebendo os medicamentos pela farmácia popular e o conhecimento sobre as doenças que apresentam era insuficiente; faltava orientação sobre a alimentação adequada, prática de exercícios físicos e também sobre a periodicidade das consultas, o que dificultava um correto seguimento e tratamento clínico adequado.

Para cumprir com os objetivos da intervenção foram desenvolvidas muitas atividades, sendo a primeira direcionada para a capacitação da equipe de saúde sobre o trabalho a realizar com os usuários nas consultas e nas comunidades, utilizando como guia o manual de hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde. Nos propusemos a cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos, assim como agendar as consultas planejadas para a realização da avaliação clínica dos pacientes e identificação e fatores de risco.

Para isso, após a capacitação foram realizados encontros com a população alvo nas distintas comunidades ou assentamentos rurais sendo os encontros realizados nas escolas, igrejas e domicílios. Estas atividades eram desenvolvidas por meio de palestras, conversas, projeção de vídeos educativos, troca de ideias de forma amena, etc. Esta ação foi inserida na rotina do serviço e está sendo avaliada como satisfatória, pois tem possibilitado a construção de vínculos, o reforço do

autocuidado e da corresponsabilidade dos hipertensos e/ou diabéticos com sua própria saúde.

Trabalhamos ainda com as buscas ativas dos pacientes faltosos e fortalecemos os registros específicos de cada paciente, implantando a utilização da ficha espelho, o que atualmente nos permite um adequado monitoramento das ações. Procuramos prescrever medicamentos da farmácia popular, possibilitando o acesso aos fármacos a toda a população.

Após a finalização do período de intervenção alcançamos resultados como: a cobertura do programa hipertensos é de 100%, a realização do exame clínico é de 100%. Atualmente 98% dos hipertensos (343) e 94,7% dos diabéticos estão com os exames laboratoriais em dia e estamos procurando alcançar 100% no próximo mês; 100% dos pacientes têm prescrito os medicamentos da farmácia popular. Para 100% dos usuários que estavam faltosos foi realizada a busca ativa e 100% dos usuários tem a ficha de acompanhamento na UBS.

Os atendimentos odontológicos ainda são deficientes pela dificuldade que temos na UBS, porém alcançamos 98,9% (346 de 350 usuários) dos hipertensos e 98,7% (71 de 76 usuários cadastrados) dos diabéticos. Além disso, conseguimos manter as metas de promoção da saúde em 100% durante os 4 meses de intervenção, com um trabalho bem planejado e com o apoio da comunidade.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, e com a avaliação mais completa realizada durante as consultas. Nas diferentes comunidades temos percebido que há um olhar diferenciado da população para os familiares tanto diabéticos como hipertensos, estando estes mais motivados no sentido da prevenção.

As atividades de qualificação da equipe de saúde foram realizadas objetivando contribuir para um maior conhecimento acerca dos temas de interesse coletivo dos profissionais, facilitando o trabalho de cada um e fortalecendo o trabalho em grupo. Neste momento estamos trabalhando para incorporar outros projetos de intervenção principalmente nos idosos e crianças.

Com o apoio do gestor acredito que ainda podemos melhorar os indicadores do projeto principalmente na logística, pois o principal problema é a falta de recursos para fazer um bom trabalho, especialmente fitas reativas. Quanto á realização dos exames laboratoriais às vezes demora muito tempo para retornar. Acrescentamos

ainda que a reforma da UBS é essencial para que a odontóloga faça o atendimento na unidade; para o atendimento de outros grupos seria importante contar com material informativo (literatura para informar à população) além do apoio de outros especialistas.

6 Relatório da Intervenção para a Comunidade

Cara Comunidade,

Este relatório foi desenvolvido para a comunidade da unidade de saúde Prata, que conta com várias comunidades em um raio de mais ou menos 16 km². A área de abrangência da unidade de saúde tem uma população de 2.754 habitantes, sendo maiores de 20 anos 1.721 usuários, entre os quais há 350 hipertensos e 76 diabéticos. Estes usuários formaram o público alvo de nossa intervenção ao longo de quatro meses.

Antes da intervenção o atendimento a hipertensos e diabéticos apresentava-se um tanto deficiente. Tínhamos 65% de cobertura, os registros não estavam totalmente adequados, pois a maioria dos usuários não possuíam ficha de acompanhamento e somente 56% tinham algum registro. Quanto aos exames laboratoriais 63% estavam com exame sem dia e a avaliação de risco cardiovascular dos pacientes era bastante deficiente. Os pacientes também mostravam pouco conhecimento em relação a promoção da saúde.

A intervenção teve como objetivo melhorar a qualidade de vida dos usuários do programa HIPERDIA e para cumprir os objetivos propostos foram desenvolvidas um grupo de ações organizadas em cronograma. Primeiramente nossa equipe fez várias reuniões de capacitação e contato com líderes das comunidades para informar sobre a existência do projeto e sobre as tarefas que pretendíamos realizar com apoio da comunidade.

Durante a intervenção foram cadastrados 100% dos pacientes diabéticos e hipertensos (76 e 350 respectivamente), fizemos promoção de saúde trabalhando temáticas como riscos do tabagismo, hábitos alimentares saudáveis, prática de exercícios físicos regularmente e higiene bucal. Realizamos avaliação de risco cardiovascular e o registro de todos os usuários na ficha de acompanhamento. Para cumprir estes objetivos fizemos nas atividades na comunidade, convites, a projeção de vídeos educativos, divulgação pela rádio e por meio de cartazes. Nestes encontros, contamos com a ajuda da nutricionista, da odontóloga, do educador físico e também da psicóloga e estas atividades foram desenvolvidas tanto na UBS como em igrejas, escolas, casas de usuários e locais públicos.

Depois da intervenção os indicadores aumentaram em grande escala, por exemplo, a cobertura de atendimento dos hipertensos e diabéticos neste momento é de 100% e a realização do exame clínico apropriado dos hipertensos e diabéticos é de 100% em nossa UBS. Do total de hipertensos e diabéticos de nossa área o 98% e 94,7% estão com os exames laboratoriais em dia respectivamente e estamos procurando alcançar 100% no próximo mês.

Cem por cento dos pacientes têm prescrito os medicamentos da farmácia popular, os atendimentos odontológicos ainda são deficientes pela dificuldade que temos na UBS, mas alcançamos atender 98,9% (346 de 350 usuários) hipertensos e 98,7% dos diabéticos (71 de 76 usuários cadastrados).

Atualmente para 100% dos usuários faltosos foi realizada a busca ativa.

Todos têm a ficha de acompanhamento na UBS, e as orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular e riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos sempre está presente nas atividades de promoção da saúde que fazemos tanto na UBS como nas comunidades e assentamentos.

Finalizado o período da intervenção a maioria das metas propostas foram cumpridas em mais de 90% sendo a avaliação odontológica a que mais dificuldade apresentou pela ausência de odontólogo fixo na UBS. A cobertura foi de 100%, melhoramos a qualidade de vida, e aumentamos o conhecimento dos usuários sobre as doenças que apresentam e como devem cuidar-se para evitar complicações. Foi possível perceber que após as primeiras consultas e atividades de promoção da saúde realizadas a maioria dos pacientes apresentava a pressão arterial estável e em quanto aos diabéticos as cifras de glicemia ficavam dentro dos limites normais para a maioria destes.

Todas as ações planejadas permitirão promover a saúde dos hipertensos e diabéticos cadastrados e da população geral. Espera-se que a comunidade continue contribuindo na continuidade destas ações e ao aperfeiçoamento do projeto, possibilitando a ampliação aos outros programas.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Minha avaliação do curso é resumida como muito positiva e interessante, pois no decorrer do tempo desde que iniciou até agora tem sido muito proveitoso. No começo do curso eu tinha muitas dúvidas e as expectativas eram muitas, principalmente sobre o método e o modo que seria aplicado e como íamos fazer as tarefas orientadas pelo orientador. Às vezes pela dificuldade que representava o idioma, era uma experiência nova onde tinha que fazer o máximo de esforço para cumprir com as orientações semanais.

Na verdade foi de muita importância tanto para mim como profissional de saúde como para o trabalho diário na UBS, e considero esta ferramenta importantíssima nas atividades desenvolvidas no processo de intervenção. Foi uma boa experiência para poder entender ainda melhor a metodologia da investigação, a qual serve para empreender novos projetos e trabalhos científicos no futuro, e continuar crescendo como médico.

Aumentei o conhecimento de muitas doenças principalmente da tuberculose e seu tratamento, aprendi como funciona o SUS, suas diretrizes, a estrutura de uma unidade básica de saúde e como deve ser seu funcionamento, os programas desenvolvidos pelo SUS, principalmente sobre hipertensão arterial e diabetes mellitus temática escolhida no meu projeto de intervenção. Graças ao curso conseguimos melhorar a qualidade de vida dos hipertensos e diabéticos através dos atendimentos nas comunidades onde trabalho e fica aberto um caminho para traçar novas metas futuras no âmbito pessoal e profissional.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Políticas de Saúde Departamento de Atenção Básica Cadernos de Atenção Básica nº 37 Hipertensão arterial sistêmica e Diabetes mellitus, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Envelhecimento e saúde da pessoa idosa. Cadernos de Atenção Básica - n.º 19 Série A. Normas e Manuais Técnicos, pág. 9, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e de mama 2ª edição Cadernos de Atenção Básica, nº 13, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Estratégias para o cuidado da pessoa com diabetes mellitus Cadernos de Atenção Básica, nº 36, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v.95, n. 1, p1-15, Suplemento 1, 2010.

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^a Ana Cláudia Gestal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

Anexo B - Planilha de coleta de dados

Indicadores de Saúde do Idoso - Mês 1															
Dados para coleta	Número do idoso	Nome do idoso	Idade do idoso	O idoso está com a Avaliação Multidimensional Plávida em dia?	O idoso está com exame clínico apropriado em dia?	O idoso é hipertenso e/ou diabético?	O idoso hipertenso e/ou diabético está com solicitação de exames complementares periódicos em dia?	O idoso está com prescrição de medicamentos prioritariamente e pela Farmácia Popular?	O idoso está acamado ou tem com problemas de locomoção?	O idoso acamado ou com problemas de locomoção recebeu visita domiciliar?	O idoso teve a verificação da pressão arterial na última consulta?	O idoso está com pressão sustentada maior que 135/80mmHg ou com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica?	O idoso hipertenso foi rastreado para diabetes?	O idoso foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O idoso teve primeira consulta odontológica programática?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de idosos cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1														
	2														
	3														
	4														
	5														
	6														
	7														
	8														
	9														
	10														
	11														
	12														
	13														
	14														
	15														
	16														
	17														
	18														
	19														
	20														
	21														
	22														

Anexo D - 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.

Assinatura do declarante