

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



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Nova Esperança, Tabatinga/AM.

Jorge Luis Bauzá Lopez

Pelotas, 2016

Jorge Luis Bauzá López

Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Nova Esperança, Tabatinga/AM.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família ESD 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: Karla Soliana de Oliveira Pantaleão

Pelotas, 2016

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

L864m Lopez, Jorge Luis Bauza

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus na UBS Nova Esperança, Tabatinga/AM / Jorge Luis Bauza Lopez; Karla Soliana de Oliveira Pantaleão, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2016.

93 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2016.

1.Saúde da Família 2.Atenção Primária à Saúde 3.Doença Crônica 4.Diabetes Mellitus 5.Hipertensão I. Pantaleão, Karla Soliana de Oliveira, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Sabrina Beatriz Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedico este trabalho àqueles que estão sempre ao meu lado, à minha família, por sempre me apoiar, a meus pais por se preocuparem sempre comigo, à minha esposa e filhos queridos, que são o meu incentivo diário para me superar.

Agradecimentos

Aos meus pais, que são a base da minha formação, me apoiam e incentivam com dedicação e carinho constantes. Sem vocês eu nada seria!

À minha esposa Susana, por ter me acompanhado e ajudado nos momentos difíceis da vida, com sua paciência e compreensão, uma companheira única!

Aos meus filhos, que me enchem de energia para continuar mesmo nos momentos duros, por ser a luz que me acompanha.

À orientadora Karla, que mesmo através de uma convivência virtual, me cativou com suas palavras e seu profissionalismo. Obrigado de coração!

Resumo

Bauzá López, Jorge. **Melhoria da atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na UBS Nova Esperança, Tabatinga/AM.** 2015. 93 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a maior causa de mortalidade da população adulta no Brasil, independente do gênero. Este trabalho é um projeto de intervenção que surgiu a partir da necessidade de qualificar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no município de Tabatinga /AM, já que as ações desenvolvidas para este grupo de pessoas encontrava-se muito desfavorável e com baixa cobertura. A intervenção visou refletir a atuação da equipe frente à demanda, buscando desenvolver o trabalho com ações programáticas, incluindo educação permanente para os profissionais e informações à comunidade. Os objetivos da intervenção foram cadastrar e acompanhar 95% da população da área de abrangência e portadora de hipertensão e/ou diabetes, garantir uma atenção de qualidade, alcançar uma adesão de 100% das pessoas com HAS e DM, organizar e melhorar os registros dos usuários acompanhados, realizar avaliação de risco em 100% das pessoas cadastradas e acompanhadas e realizar ações de promoção à saúde com o objetivo de melhorar a expectativa e a qualidade de vida dos usuários. Os dados foram coletados para análise quantitativa dos indicadores em planilha fornecida pelo curso de especialização. A intervenção propiciou a melhoria dos registros e a qualificação da assistência, provocou uma mudança, ainda que pequena em alguns indicadores, mas com um impacto importante, como a melhoria da cobertura de exames, avaliação do risco cardiovascular e o aumento da adesão ao programa. Agora o desafio é prosseguir com esta e outras ações programáticas e buscar cada vez mais o comprometimento dos profissionais com a qualidade do atendimento.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Saúde da Família; Doença Crônica; Diabetes Mellitus; Hipertensão.

Lista de Figuras

Figura 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na Unidade de Saúde	54
Figura 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na Unidade de Saúde	55
Figura 3	Proporção de exames em dia para hipertensos	56
Figura 4	Proporção de exames em dia para diabéticos	56
Figura 5	Proporção de exames complementares em dia para hipertensos	57
Figura 6	Proporção de exames complementares em dia para diabéticos	58
Figura 7	Hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular	59
Figura 8	Diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular	60
Figura 9	Hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	60
Figura 10	Diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico	61
Figura 11	Hipertensos faltosos à consulta com busca ativa	62
Figura 12	Diabéticos faltosos à consulta com busca ativa	63
Figura 13	Hipertensos com ficha de acompanhamento em dia	64
Figura 14	Diabéticos com ficha de acompanhamento em dia	64
Figura 15	Hipertensos com avaliação de risco cardiovascular	65
Figura 16	Diabéticos com avaliação de risco cardiovascular	66
Figura 17	Orientação nutricional a usuários hipertensos	67
Figura 18	Orientação nutricional a usuários diabéticos	67
Figura 19	Proporção de hipertensos com orientação sobre atividade física	68
Figura 20	Proporção de diabéticos com orientação sobre atividade física	69
Figura 21	Proporção de hipertensos que foram orientados sobre riscos do tabagismo	70
Figura 22	Proporção de diabéticos que foram orientados sobre riscos do tabagismo	70
Figura 23	Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal	71
Figura 24	Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal	72

Lista de abreviaturas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CAP	Caderno de Ações Programáticas
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	: Hipertensão Arterial Sistêmica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PA	Pressão Arterial
RS	Rio Grande do Sul
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNASUS	Universidade Aberta do SUS
UFPEL	Universidade Federal de Pelotas
VIGITEL	Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	14
2 Análise Estratégica	155
2.1 Justificativa	15
2.2 Objetivos e metas	16
2.2.1 Objetivo geral	16
2.2.2 Objetivos específicos e metas	Erro! Indicador não definido. 7
2.3 Metodologia	188
2.3.1 Detalhamento das ações	19
2.3.2 Indicadores	39
2.3.3 Logística	444
2.3.4 Cronograma.....	47
3 Relatório da Intervenção.....	49
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	49
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	51
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	52
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	52
4 Avaliação da intervenção.....	53
4.1 Resultados.....	53
4.2 Discussão	72
5 Relatório da intervenção para gestores	75
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	78
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	80
Referências	81
Apêndices.....	82
Anexos	85

Apresentação

O presente trabalho foi realizado como parte das atividades do curso de especialização em saúde da família, modalidade à distância, através da Universidade Aberta do SUS (UNAUS) em parceria com a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)

O projeto de intervenção foi construído a partir da análise situacional da Unidade Básica de Saúde (UBS) Nova Esperança, localizada no município de Tabatinga/AM visando à qualificação da atenção à saúde de portadores de hipertensão e/ou diabetes.

Do período inicial do curso até a intervenção aconteceram duas mudanças de UBS e equipe, uma delas foi a saída de uma equipe para outra UBS, e a outra foi a reorganização da UBS, ampliando dois bairros a mais para cada equipe. Finalmente nossa equipe ficou responsável pelo bairro Vila Verde e aumentou o bairro Nova Esperança, conseqüentemente houve aumento da quantidade de Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) para nossa equipe.

Este volume engloba a análise situacional, com a descrição dos principais problemas detectados na UBS e a relação entre eles; a análise estratégica, que é o projeto de intervenção; o relatório da intervenção e a discussão dos resultados obtidos; por fim, a reflexão sobre o meu processo pessoal de aprendizagem.

No final do volume, constam ainda as referências bibliográficas e os anexos.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A UBS Nova Esperança localiza-se no município de Tabatinga, na Amazônia. Segundo o censo do IBGE de 2015, Tabatinga possui 61.028 habitantes. Possui seis unidades de saúde com Estratégia Saúde da Família (ESF) implantada, não há nenhuma unidade de saúde tradicional.

Possuímos em nosso município o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO).

Temos disponível em nosso município as seguintes especialidades: ginecologia e obstetrícia, pediatria, cirurgia, ortopedia, fisioterapia e reabilitação.

Temos serviço hospitalar, com um hospital militar onde podem se internar aqueles pacientes que precisarem fazer alguns exames complementares.

Não temos a quantidade suficiente de médicos para cada equipe de saúde.

Nossa estrutura está longe de ter todas as condições para o bom funcionamento, a estrutura é pequena para duas equipes e as condições da recepção não são adequadas para o funcionamento, não tem o espaço para suficiente, o número de cadeiras é insuficiente e o arquivamento de prontuários é insuficiente. Não existe área de esterilização. Não há área específica para curativos e nebulização, a sala é compartilhada. Os consultórios não têm a metade dos equipamentos necessários (esfigmomanômetro, estetoscópio, negatoscópio e outros). Não existe área para nossas reuniões. Só há um banheiro público, para utilização de homens e mulheres. Não há adaptação para pessoas com deficiências e não há vestuários.

Para desenvolver o nosso trabalho é muito importante que a estrutura da unidade possua todas as características necessárias para auxiliar os usuários com incapacidades ou idosos a chegar à UBS, sem precisar de acompanhante.

Outro ponto importante é a falta de identificação dos locais da UBS nos distintos lugares para cada uma das deficiências (cegos, surdos, etc.) que não dão possibilidade para os usuários de se movimentar livremente. Em nossa unidade também não tem cadeira de rodas para qualquer usuário que precise numa situação de emergência, isso é outra situação que não ajuda no trabalho da equipe para o atendimento dos usuários.

1.2 Relatório da Análise Situacional

A UBS Nova Esperança é urbana, localiza-se no município de Tabatinga, na Amazônia. Atende a uma população de 3.900 usuários e tem oito agentes comunitários, cada um responsável por uma micro-área.

A UBS Nova Esperança é vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS) e existe vínculo com as instituições de ensino, como a Universidade Estadual da Amazônia (UEA), o modelo de atenção é Estratégia Saúde da Família (ESF), temos duas equipes na UBS, cada equipe da UBS está composta por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e oito agentes comunitários de saúde (ACS). Existe apenas uma equipe para atendimento odontológico; este serviço é compartilhado entre as duas equipes.

Com relação à estrutura física da UBS as deficiências que mais atrapalham o desenvolvimento do trabalho são: falta de área independente para a realização de curativos e nebulizações, falta de espaço para dois serviços odontológicos, falta de banheiro para os profissionais e pacientes, não temos área para esterilização e faltam alguns materiais e instrumentais para a realização de algumas ações necessárias na UBS.

Como aspectos positivos, temos um bom controle de nossa área já que temos um bom número de ACS e uma boa relação com todos os usuários, sendo todos bem acolhidos. As demandas que minha equipe não consegue atender tentamos fazer segundo orientações do SUS para a atenção primária no que se refere a promoção da saúde e prevenção de doenças.

O número de habitantes na minha área adstrita é de 3900 usuários, sendo o sexo feminino predominante, com 2132 e na faixa etária de 20 a 39 anos. A população da área adstrita é adequada ao tamanho do serviço (estrutura e equipe).

Nós não temos dificuldades relativas ao acolhimento da população e ao manejo do excesso de demanda, geralmente não temos excesso de demanda, e quando acontece, temos condições de dar respostas prontamente.

Na atenção à saúde da criança, temos consulta de puericultura, vacinação, atenção odontológica e avaliação do desenvolvimento das crianças. Segundo o caderno de ações programáticas (CAP), nossa população de crianças menores de um ano é de 82 crianças. Temos a cobertura de 100% das crianças da área, as crianças menores de um ano estão todas cadastradas e acompanhadas, com 100% delas com as vacinas atualizadas, 95% (78 crianças) com teste do pezinho realizado até o sétimo dia de vida e 88% (72 crianças) com triagem auditiva.

Em relação ao pré-natal as ações de atenção à gestante são bem estruturadas em nossa UBS, adotamos os protocolos do Ministério da Saúde para o pré-natal de baixo risco e o acompanhamento à gestante é feito de forma programada e sistemática. No momento desta análise situacional estamos com 58 gestantes em nossa área, coincidem com as estimativas do CAP. Todas elas (100%) estão acompanhadas na UBS. Mas somente 72% (42 gestantes) iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. Todas elas estão com as consultas em dia, com exames laboratoriais em dia, 100% está com a vacina antitetânica realizada, somente 21% (12 gestantes) fizeram a vacina contra hepatite B. Todas as gestantes estão com suplementação de sulfato ferroso, todas receberam orientações sobre aleitamento materno, saúde bucal e cuidados com o recém-nascido. As gestantes também têm atendimento odontológico, mas como a demanda para a odontologia é grande, o serviço é insuficiente para atender todos os usuários.

Em relação à prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama realizamos as ações de prevenção e para detecção precoce desses cânceres. Nossa população de mulheres com idade entre 25 e 64 anos é de 827 mulheres, e 192 mulheres com idade entre 50 e 69 anos. Todas elas estão cadastradas na UBS. Realizamos o acompanhamento a toda mulher em idade

para fazer o exame citopatológico. Acompanhamos juntamente com o ginecologista as pacientes diagnosticadas com câncer de colo. Não temos por enquanto nenhum câncer de mama, neste tipo de doença, temos dificuldades para a realização de ações preventivas por não termos oportunidade de fazer pesquisa sistemática com mamografia a mulheres com idade na faixa de risco porque o mamógrafo do município está danificado.

Com relação à atenção aos pacientes com hipertensão e/ou diabetes oferecemos um bom acompanhamento aos pacientes cadastrados; mas a cobertura ainda é muito baixa. Por enquanto temos em nossa área, segundo o CAP, 693 pessoas com hipertensão, destas, somente 61 pessoas (9%) são acompanhadas na UBS. Realizamos consultas programadas com exames gerais e exames específicos para o diagnóstico precoce e orientações oportunas para mudar hábitos de vida, a maior dificuldade que apresentamos é com alguns medicamentos para pacientes que não conseguem controlar a doença com a terapêutica habitual e com aqueles que precisam de internamento para compensar a doença em caso de descontrole. Atualmente temos 198 pessoas em nossa área com diabetes mellitus, mas somente 11% estão cadastradas e acompanhadas na UBS, o que corresponde a 21 pessoas.

Em relação à saúde dos idosos, atuamos de forma ainda limitada somente para aqueles que têm alguma doença, não temos ainda um programa de ações que garantam o acompanhamento deste grupo etário, mas realizamos algumas ações de prevenção e promoção da saúde tendo sempre em mente que depois das crianças é o grupo mais vulnerável e por isso precisam de nosso acompanhamento mais efetivo.

Os maiores desafios de minha UBS são, em primeiro lugar, organizar um grupo de ações para capacitar todos os profissionais e membros das equipes para o conhecimento e aplicação dos mecanismos de trabalho de acordo com protocolos e com o que é orientado pelo Ministério de Saúde no que se refere à atenção primária à saúde, temos também que proporcionar maior participação e engajamento da população no planejamento das ações e principalmente conseguir que todos os que precisarem do serviço possam ter um acompanhamento de qualidade.

Nossos principais problemas eram com o SAMU e com o traslado de usuários para outras localidades para tratamento de saúde, também com a coleta

e resultado de exames. Tivemos mudanças na forma de organizar o atendimento imediato de usuários e com a forma de trabalhar com as doenças crônicas, gestantes e idosos. Apesar de qualquer resultado, o mais importante é daqui para frente continuar melhorando e mudar aquilo que podemos transformar para conseguir nossos objetivos e para melhorar a atenção à saúde e com isso o povo seja o maior beneficiado.

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

Ocorreram mudanças na equipe, duas novas agentes comunitárias de saúde foram contratadas, ficando um total de dez agentes.

Foram completadas várias equipes de saúde no município que não tinham médicos.

As reuniões de equipe passaram a ser mensais, com um cronograma até o final do ano e registro em ata.

Os grupos de saúde já estiveram na pauta da reunião, mas ainda continuam sendo semestrais, alguns profissionais apresentam resistência a mudanças, principalmente, por acharem que o grupo serve para a troca de receitas dos hipertensos e diabéticos. A sugestão é fazer um novo enfoque e contar com a colaboração de outros profissionais que ajudem com as atividades de educação em saúde.

Não foi possível fazer mudanças na estrutura da UBS, mas ocorreram muitas mudanças em seu funcionamento. Tem uma melhor organização em geral para oferecer melhor atenção aos pacientes, tem maior controle e oferta dos atendimentos na UBS.

Foi resolvido o problema com mamógrafo e as mulheres já podem fazer a mamografia. Também resolvemos o problema da articulação entre o serviço e o sistema de emergência e urgência.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) e a diabetes mellitus são condições clínicas multifatoriais caracterizadas por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA) maior ou igual a 140 mmHG ($PA \geq 140 \times 90$ mmHg), no caso do hipertensão, e por elevado nível de glicose no sangue, no caso da diabetes mellitus (DM). Associa-se, frequentemente, às alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e às alterações metabólicas, com aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA, 2010).

A hipertensão e a diabetes são um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo.

A frequência de HAS tornou-se mais comum com a idade, mais marcadamente para as mulheres, alcançando mais de 50% na faixa etária de 55 anos ou mais de idade. O caso da diabetes é ainda mais complicado porque os pacientes demoram a obter o diagnóstico, pois demoram muito a se consultar, e quando têm sintomas da doença é preciso ter disponibilidade de recursos para fazer o teste quando o paciente for suspeito.

Na nossa, área em um primeiro corte, já temos resultados de 9% de pacientes com HAS e 11% de pacientes com DM, mas sabemos que possuímos muito mais, sendo isso o que motivou minha escolha para desenvolver ações de intervenção neste foco, na população alvo é tudo aquele de 20 anos e mais, tanto homes quanto mulher.

As questões já observadas anunciam o quanto temos que fazer para conseguir nossos propósitos, tendo em conta os riscos adjacentes para as pessoas portadoras de HAS e DM e a grande importância do diagnóstico precoce,

de uma boa adesão ao tratamento e um bom acompanhamento, sendo muito importante para nossa UBS pois com no desenvolvimento deste trabalho será consolidada as bases para uma atenção integral aqueles que tinham essas doenças e orientar a população geral para prevenir as mesmas.

O presente trabalho é uma boa ferramenta para conseguir alcançar os objetivos e metas pleiteadas.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde Nova Esperança, no município de Tabatinga, Amazônia.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

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

Meta 1.1: Cadastrar no mínimo 22% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar no mínimo 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção a Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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 de farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos de 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.

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

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.

Objetivo 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.

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.

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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 a prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvida no período de 12 semanas na Unidade Básica de Saúde (UBS), Nova Esperança, no município de Tabatinga, AM. Participarão da intervenção os hipertensos e diabéticos pertencentes à faixa etária a partir de 20 anos. No decorrer da intervenção houve uma pequena interrupção por causa das férias laborais, e o projeto foi retomado seis semanas depois, sendo encurtado para 12 semanas.

Para o desenvolvimento do projeto de intervenção serão realizadas várias ações, no período de 12 semanas, estruturadas dentro de quatro eixos temáticos: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1- Ampliar a cobertura de usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 1 - Cadastrar 22% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial da unidade de saúde

Detalhamento: Semanalmente a enfermeira e o médico farão o monitoramento do número de hipertensos e diabéticos através da ficha espelho, e da planilha de coleta de dados. Discutir na reunião de equipe sobre os novos cadastrados e sobre a busca ativa para novos diagnósticos em nossa área.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e garantir material adequado para a verificação da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde.

Detalhamento: Estabelecer com a gestão local a manutenção dos aparelhos esfigmomanômetro a cada seis meses. Disponibilizar um esfigmomanômetro no consultório médico e para uso nas visitas domiciliares. Definir as atribuições de cada membro da equipe no programa para uma boa organização e desenvolvimento das ações.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção à HAS e à DM na unidade de saúde; informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, ao menos uma vez por ano; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: As orientações serão feitas pelos ACS durante as visitas domiciliares. Afixaremos cartazes e material informativo nas dependências da UBS (mural da recepção e nos consultórios). Divulgar na UBS, na sala de espera, e nos consultórios, os fatores de risco para HAS e DM, esta ação deverá ser executada por todos os membros da equipe.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde e capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma correta, incluindo uso adequado do manguito.

Detalhamento: Em reunião de equipe o médico e a enfermeira irão realizar capacitação para os ACS sobre hipertensão arterial com foco na prevenção da doença e na promoção da saúde, alertando ainda para as complicações das doenças e sobre o uso de medicamentos.

Os ACS serão capacitados também para o preenchimento da ficha de cadastramento, quando e como identificar um hipertenso em uma família, sendo que deverá perguntar a cada família nova que será cadastrada se há alguém hipertenso, que use medicamentos. Quando a família não souber responder, orientar o acompanhamento na UBS para rastreamento, caso tenha algum relato de alerta.

Meta 2 - Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de diabéticos cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde

Detalhamento: Os ACS terão uma lista dos diabéticos e dos hipertensos de sua microárea. Na reunião de equipe semanal será atualizada a lista de acordo com novos diagnósticos feito pelo médico da equipe, ou novo usuário na área, identificado através da busca ativa do ACS.

Organização e gestão do serviço: Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no programa; melhorar o acolhimento para os usuários portadores de diabetes e garantir material adequado para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar levantamento sobre a disponibilidade do material para medir glicemia capilar. Definir e discutir nas reuniões de equipe as atribuições de cada membro da equipe no programa de controle de HAS e DM para uma boa organização das ações.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção à HAS e à DM da unidade de saúde; orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes.

Detalhamento: As informações serão dadas pelos ACS nas visitas domiciliares e em materiais educativos afixados nas dependências da UBS.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e

capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento: Em reunião de equipe o médico a enfermeira irão realizar a capacitação com os ACS sobre DM, com foco na prevenção da doença e na promoção da saúde, alertando ainda para as complicações da doença e sobre o tratamento.

Os ACS serão capacitados para o preenchimento da ficha de cadastramento quando e como identificar o diabético em uma família. Eles deverão perguntar a cada família nova que será cadastrada se há alguém diabético, que use medicamentos. Quando a família não souber responder, orientar o acompanhamento na UBS para rastreamento, caso tenha algum relato de alerta.

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

Meta 1 – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos.

Detalhamento: O monitoramento deverá ser feito através de revisão dos prontuários médicos dos hipertensos e através da ficha espelho. Esta ação deverá ser feita pela enfermeira e pelo médico.

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos; organizar a capacitação dos profissionais de acordo com o protocolo adotados pela unidade de saúde; estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: Na primeira semana serão definidas as atribuições de cada membro da equipe na atenção à saúde de hipertensos e diabéticos.

Engajamento Público: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade das extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Serão realizados encontros com a comunidade utilizando espaços públicos. Nesses encontros a comunidade será avisada por meio de cartazes e recursos áudio visuais.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, especialmente como aferir adequadamente a PA, como verificar os pulsos periféricos, como calcular o IMC, razão circunferência abdominal/quadril e cuidado dos pés dos diabéticos. O médico e a enfermeira vão realizar uma revisão desses temas e, na primeira semana da intervenção, vamos capacitar toda a equipe na última hora ao final das reuniões semanais de equipe. Capacitaremos a equipe para fazer uma boa medição dos parâmetros descritos no protocolo para uma boa avaliação dos dados.

Meta 2 – Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários diabéticos.

Detalhamento: O monitoramento deverá ser feito através de revisão dos prontuários médicos dos hipertensos e através da ficha espelho. Esta ação deverá ser feita pela enfermeira e pelo médico.

Organização e gestão do serviço: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários diabéticos; organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde; estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais e dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Detalhamento: : Na primeira semana serão definidas as atribuições de cada membro da equipe na atenção à saúde de hipertensos e diabéticos.

Engajamento Público: Orientar os usuários e toda a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Serão realizados encontros com a comunidade utilizando espaços públicos. Nesses encontros a comunidade será avisada por meio de cartazes e recursos áudio visuais.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Detalhamento: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado, especialmente como realizar o teste da glicemia capilar, como verificar os pulsos periféricos, como calcular o IMC, razão circunferência abdominal/quadril e cuidado dos pés dos diabéticos. O médico e a enfermeira serão os responsáveis pela capacitação, eles vão realizar uma revisão desses temas e, na primeira semana da intervenção vão capacitar toda a equipe utilizando a última hora ao final das reuniões semanais de equipe.

Meta 3 – Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: Monitorar semanalmente através da ficha espelho a realização dos exames indicados aos usuários. Caso seja detectado algum atraso agendar consulta o quanto antes.

Organização e gestão do serviço: Garantir a solicitação dos exames complementares; garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Nas reuniões da equipe discutir sobre os exames solicitados e realizados, bem como os não realizados, e tomar as medidas necessárias para a realização desses exames.

Engajamento Público: Orientar os usuários e toda comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e orientar os usuários e toda comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Serão feitas orientações individuais e coletivas sobre a importância dos exames para o controle da HAS e DM.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Durante as capacitações, o tema “exames complementares” será um dos conteúdos abordados.

Meta 4 – Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde e monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Detalhamento: controle periódico dos exames indicados aos usuários.

Organização e gestão do serviço: Garantir a solicitação dos exames complementares; garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo e estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Realizar orientações individuais e coletivas sobre importância dos exames para o controle da doença.

Engajamento Público: Orientar os usuários e toda a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares e orientar quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Realizar orientações individuais e coletivas sobre a importância dos exames para o controle da doença e das complicações.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde no que se refere à solicitação de exames complementares.

Detalhamento: Durante as capacitações, o tema “exames complementares” será um dos conteúdos abordados.

Meta 5 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Realizaremos o controle de estoque (incluindo validade) dos medicamentos. Mensalmente a enfermeira vai checar o estoque e vai solicitar medicamentos segundo a nossa necessidade. Através de nossos registros, mensalmente a enfermeira também fará o controle de quem recebe o medicamento e quem não recebe, através da checagem dos nossos registros na UBS.

Organização e gestão do serviço: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Mensalmente controlar o estoque de medicamentos para hipertensão e para diabetes.

Engajamento Público: Orientar toda a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da farmácia popular/hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Afixar na UBS informativos sobre o direito dos usuários de terem acesso aos medicamentos.

Qualificação da Prática Clínica: Realizar capacitação e atualização da equipe sobre o tratamento da hipertensão e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

Detalhamento: Realizar capacitação com a equipe de saúde os medicamentos utilizados no tratamento da HAS e DM e que fazem parte da farmácia popular.

Meta 6 – Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

Detalhamento: Verificar se todos os usuários têm acesso a pelo menos um medicamento da farmácia popular, utilizando as fichas espelho e prontuários clínicos.

Organização e gestão do serviço: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos e manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Mensalmente controlar o estoque de medicamentos para hipertensão e diabetes.

Engajamento Público: Orientar a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da farmácia popular/hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Afixar na UBS informativos sobre o direito dos usuários de terem acesso aos medicamentos.

Qualificação da Prática Clínica: Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso aos medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

Detalhamento: Realizar capacitações e atualizações sobre o tratamento medicamentoso da hipertensão e diabetes e sobre os medicamentos do hiperdia.

Meta 7 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar os hipertensos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Fazer revisão mensal na ficha espelho dos usuários que precisam atendimentos odontológicos, esta ação será de responsabilidade da equipe de saúde bucal.

Organização e gestão do serviço: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos; • organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Semanalmente na reunião de equipe discutir com a odontóloga o acompanhamento dos usuários que precisam de atenção odontológica.

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

Detalhamento: Realizar palestras na comunidade sobre importância de avaliação bucal, utilizando espaços públicos. A equipe de saúde bucal será responsável por esta ação.

Qualificação da Prática Clínica: capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Detalhamento: Realizar capacitação com a equipe toda sobre saúde bucal. A odontóloga da UBS será responsável pela capacitação.

Meta 8 – Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Fazer acompanhamento mensal na ficha espelho dos usuários que precisam atendimentos odontológicos.

Organização e gestão do serviço: Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos e organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento. Na reunião de equipe intercambiar com a odontóloga para seguimento dos usuários que precisam atenção odontológica.

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

Detalhamento: fazer palestras na comunidade sobre importância de avaliação bucal.

Qualificação da Prática Clínica: capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos diabéticos.

Detalhamento: A odontóloga irá realizar capacitação com toda a equipe sobre saúde bucal.

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

Meta 1 – Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Revisar semanalmente as consultas previstas segundo o protocolo.

Organização e gestão do serviço: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A equipe fará as visitas domiciliares para buscar os faltosos identificados. A recepcionista e a técnica de enfermagem ficarão responsáveis por organizar a agenda para acolher todos os usuários que vierem provenientes das buscas das visitas domiciliares.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a importância da realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Organizaremos reuniões com a comunidade para estabelecer orientações e informações com os usuários.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para orientar os hipertensos quanto a realização das consultas de acompanhamento e sua periodicidade.

Detalhamento: A capacitação deve ser feita na primeira semana de intervenção, na última hora ao final do expediente, assim, toda equipe ficará pronta para iniciar a intervenção. A enfermeira e o médico serão os responsáveis pela capacitação.

Meta 2 – Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações por eixo:

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

Detalhamento: Revisar semanalmente as consultas previstas segundo o protocolo.

Organização e gestão do serviço: Organizar as visitas domiciliares para buscar os faltosos e organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: A equipe fará as visitas domiciliares para buscar os faltosos identificados. A recepcionista e a técnica de enfermagem ficarão responsáveis por organizar a agenda para acolher todos os usuários que vierem provenientes das buscas das visitas domiciliares.

Engajamento Público: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas; ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos) e esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Organizaremos reuniões com a comunidade para estabelecer orientações e informações com os usuários.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar os ACS para orientar os diabéticos sobre a importância de realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento: A capacitação deve ser feita na primeira semana de intervenção, na última hora ao final do expediente. A enfermeira e o médico serão os responsáveis pela capacitação.

Objetivo 4 – Garantir registro de acompanhamento.

Meta 1 – Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Mensalmente revisar os registros dos usuários acompanhados e verificar a qualidade desses registros.

Organização e gestão do serviço: 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 e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de

exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: A enfermeira e o médico serão os responsáveis por manter as informações do SIAB atualizadas e implantar a ficha de acompanhamento, as quais serão impressas antes do início da intervenção.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: Comunicar nas reuniões com a comunidade sobre os direitos de manter seus registros em dia.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento dos hipertensos e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Na capacitação da equipe, que será realizada nas reuniões de equipe, orientar sobre como fazer um correto preenchimento dos dados.

Meta 2 – Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Mensalmente revisar os registros dos usuários acompanhados e verificar a qualidade desses registros.

Organização e gestão do serviço: 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 e organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: Nas reuniões de equipe monitorar o cumprimento das ações por cada responsável das tarefas planejadas.

Engajamento Público: Orientar a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento: comunicar nas reuniões da comunidade sobre os direitos de manter seus registros ao dia

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento dos diabéticos e capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: A capacitação deve ser feita na primeira semana da intervenção, no espaço da reunião de equipe. A enfermeira e o médico serão os responsáveis pela capacitação.

Objetivo 5 Realizar avaliação de risco cardiovascular.

Meta 1 – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de usuários hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Revisar os prontuários e a caderneta de saúde dos usuários com hipertensão verificando se realizaram a avaliação do risco de morbimortalidade.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Vamos priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento semanal desta demanda.

Engajamento Público: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular e esclarecer os usuários e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Faremos atividades educativas com o intuito de levar informações sobre o programa, incluindo as orientações sobre os fatores de risco cardiovascular e sobre a importância da avaliação de risco de cada usuário.

Qualificação da Prática Clínica: 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 e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Nas primeiras semanas da intervenção, durante as reuniões de equipe, faremos a capacitação com a equipe.

Meta 2 – Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar o número de usuários diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Fazer a correta classificação dos usuários quanto ao risco cardiovascular e registrar na ficha individual.

Organização e gestão do serviço: Priorizar o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco e organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: Reservar dois turnos por semana para atendimento prioritário dos usuários classificados com risco cardiovascular.

Engajamento Público: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular e esclarecer os usuários e toda comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Faremos grupos de educação em saúde na comunidade e nas visitas domiciliares e abordaremos o tema.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de *Framingham* ou de lesões em órgãos alvo em especial a avaliação dos pés; capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação e capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Nas primeiras semanas da intervenção, durante as reuniões de equipe, faremos a capacitação com a equipe.

Objetivo 6 – Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 1 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Ações por eixo:

Monitoramento avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos.

Detalhamento:

Realizar as orientações nutricionais a todos os usuários nas consultas.

Preencher no prontuário as orientações que foram oferecidas.

Revisar com uma periodicidade semanal a ficha espelho para verificar se foram feitas.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento:

Nos encontros com a comunidade serão dadas as orientações sobre a alimentação saudável, nos espaços da UBS e nos espaços coletivos. Convidaremos outros profissionais do NASF para nos auxiliar.

Engajamento Público: Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Promover atividades coletivas para oferecer essas orientações, as quais devem ser feitas também durante as consultas individuais.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Convidar nutricionista para capacitar a equipe nas primeiras semanas da intervenção.

Meta 2 – Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos.

Detalhamento: Realizar as orientações nutricionais a todos os usuários nas consultas.

Preencher no prontuário as orientações emitidas.

Revisar com uma periodicidade semanal na ficha espelho si foro dadas.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Detalhamento: Nos encontros com a comunidade serão oferecidas as orientações sobre a alimentação saudável.

Envolver a nutricionista nas atividades educativas à comunidade.

Engajamento Público: Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Orientar a comunidade sobre alimentação saudável nos diferentes espaços oportunizados para reunir a equipe e a comunidade.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Convidar nutricionista para capacitar a equipe nas primeiras semanas da intervenção.

Meta 3 – Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos.

Detalhamento: Realizar o controle sistemático nas fichas espelhos e planilha de coleta de dados, verificando se as orientações sobre a prática de atividade física foram dadas aos usuários.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Organizar atividades que propiciem espaço para orientar as pessoas sobre a importância da prática regular de atividade física.

Engajamento Público: Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Realizar encontros para orientar a comunidade sobre a importância da atividade física.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma revisão do tema e depois capacitarão a equipe sobre a importância da atividade física.

Meta 4 – Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos.

Detalhamento: Realizar o controle sistemático nas fichas espelhos e planilha de coleta de dados, verificando se as orientações foram feitas.

Organização e gestão do serviço: Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física e demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Detalhamento: Organizar atividades para realizar educação em saúde, abordando o tema atividade física.

Engajamento Público: Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

Detalhamento: Realizar encontros para orientar a comunidade sobre a importância da atividade física.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico e a enfermeira farão uma revisão do tema e depois capacitarão a equipe sobre a importância da atividade física.

Meta 5 – Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos.

Detalhamento: Daremos um tempo determinado entre uma consulta médica e outra para dar as orientações necessárias de forma individual.

Organização e gestão do serviço: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do tabagismo.

Detalhamento: Conversar com o gestor para solicitar a compra dos medicamentos para cessação do tabagismo.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: O médico e enfermeira capacitarão a equipe sobre o tratamento do tabagismo, esta capacitação deverá ser realizada nas primeiras semanas da intervenção, podendo haver atualizações ao longo de toda a intervenção.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico e enfermeira farão curso de capacitação à equipe para ensinar como orientar os tabagistas sobre os riscos do tabagismo.

Meta 6 – Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos.

Detalhamento: Daremos um tempo determinado entre uma consulta médica e outra para dar as orientações necessárias de forma individual.

Organização e gestão do serviço: Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do tabagismo.

Detalhamento: Conversar com o gestor para solicitar a compra dos medicamentos para cessação do tabagismo.

Engajamento Público: Orientar os diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: O médico e enfermeira farão curso de capacitação para a equipe para ensinar como orientar os tabagistas sobre os riscos do hábito de fumar.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para o tratamento de usuários tabagistas e capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: O médico e enfermeira farão curso de capacitação à equipe para ensinar como orientar os tabagistas sobre os riscos do tabagismo e oferecer alternativas para o tratamento do tabagismo.

Meta 7 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos.

Detalhamento: Verificar semanalmente se as orientações foram realizadas, utilizando os registros em ficha espelho e prontuário.

Organização e gestão do serviço: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: Orientar os usuários nas consultas sobre saúde bucal.

Engajamento Público: Orientar os hipertensos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Realizar orientações individuais e às famílias sobre higiene bucal, durante as consultas e visitas domiciliares.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Realizar capacitação no início da intervenção abordando conteúdos de saúde bucal. A equipe de saúde bucal da UBS será responsável pela capacitação.

Meta 8 – Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Ações por eixo:

Monitoramento e avaliação: Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos diabéticos.

Detalhamento: Verificar semanalmente se as orientações foram realizadas, utilizando os registros em ficha espelho e prontuário.

Organização e gestão do serviço: Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

Detalhamento: controlar a quantidade de materiais que tem que ser usado nas consultas para avaliação bucal. Determinar o papel de odontóloga na realização dos atendimentos prioritários à população alvo.

Engajamento Público: Orientar os diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Detalhamento: Realizar orientações individuais e às famílias sobre higiene bucal, durante as consultas e visitas domiciliares. Nas escolas da área de abrangência oferecer orientações sobre saúde bucal para que sejam reproduzidas em suas casas.

Qualificação da Prática Clínica: Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Realizar capacitação no início da intervenção abordando conteúdos de saúde bucal. A equipe de saúde bucal da UBS será responsável pela capacitação.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar no mínimo 22% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e a diabetes mellitus da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde. .

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

Meta 1.2: Cadastrar no mínimo 18% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção a hipertensão arterial e a diabetes mellitus da unidade de saúde.

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

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

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

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

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 3: Melhorar a adesão a consultas de controle e todo acompanhamento no programa.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Garantir registro de acompanhamento..

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 5: Realizar avaliação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de HIPERDIA vamos adotar o Manual Técnico de Hipertensão Arterial e de Diabetes do Ministério da Saúde, 2013. Utilizaremos a ficha de hipertensos e diabéticos disponíveis na UBS. A ficha não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, exames laboratoriais, mas contém os dados relativos a classificação de risco do usuário. Assim, para poder coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, o médico e o enfermeiro vão elaborar uma ficha complementar. Estimamos alcançar com a intervenção 253 hipertensos e 60 diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor os recursos que serão necessários e para imprimir as fichas complementares que serão anexadas ao trabalho.

Para o acompanhamento mensal da intervenção foi utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados; disponível em computador destinado para armazenar os dados.

Após discutir e fazer definição do foco de intervenção com a equipe, começamos a intervenção com a capacitação de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, para que a equipe toda utilize esta referência na atenção a estes usuários quanto ao manejo e acompanhamento dos mesmos e verificação da pressão arterial de forma criteriosa.

Verificamos previamente se o funcionamento dos equipamentos estava adequado e quais os materiais disponíveis para uma correta aferição da pressão arterial, será necessário, no mínimo, um glicosímetro na sala de acolhimento; e um esfigmomanômetro e estetoscópio em cada consultório. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto foi reservada uma hora ao final da reunião semanal da equipe. Cada membro da equipe estudou uma parte do manual técnico e expôs o conteúdo aos outros membros da equipe.

Para aumentar o cadastro e adesão à consulta dos usuários alvos foi preciso aumentar as atividades de educação em saúde com a população, para isto previmos o apoio e participação de todos os membros da equipe, os quais realizarão orientações durante as visitas domiciliares, em reuniões com a comunidade na própria UBS e nos diversos espaços públicos, necessitaremos de cartolinas e de material educativo, que será fornecido pela gestão de saúde municipal.

O acolhimento dos usuários que buscaram o serviço foi realizado pela enfermeira, ou pela técnica de enfermagem, priorizando sempre aqueles usuários com atrasos na consulta programada, com problemas agudos de saúde ou com complicações. Os usuários saíram da unidade com a próxima consulta agendada.

Dentro das ações realizadas nas consultas de acompanhamento destes usuários além do exame físico, incluindo a verificação de pressão arterial como estão estabelecidos no programa, dados antropométricos (peso, altura) para o cálculo do IMC, foram necessários uma balança calibrada e estadiômetro para o exame físico geral.

Nas consultas de atendimento odontológico serão necessários instrumentais RX, luvas e demais materiais odontológicos em quantidade suficiente para atender toda a população de hipertensos e diabéticos estimada.

Faremos contato com a associação de moradores e com os representantes da comunidade da área de abrangência para apresentar o projeto esclarecendo primeiramente sobre a existência do programa na UBS, a

importância da consulta de acompanhamento regular, e sobre a atenção prioritária a estes usuários, assim como solicitaremos o apoio da comunidade para a identificação dos mesmos atrasados na consulta programada. Também compartilharemos mensalmente nas reuniões com a comunidade os indicadores de qualidade, e estado do programa de Hiperdia para isto precisaremos de cadeiras, impressão dos resultados.

Também com ajuda dos representantes da comunidade vamos propor a realização de orientações aos usuários hipertensos e diabéticos sobre a importância da consulta de acompanhamento, realização dos exames e periodicidade dos mesmos, a prática de atividade física regular; os hábitos alimentares saudáveis, quanto aos riscos do tabagismo e sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Utilizaremos pôsteres e outros materiais educativos produzidos pela equipe e materiais que solicitaremos à secretaria de saúde.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Como parte da especialização em saúde da família, foi realizada uma intervenção onde a equipe de saúde da UBS Nova Esperança desenvolveu várias ações durante um período de 12 semanas. Algumas dessas ações foram executadas na UBS outras foram realizadas na comunidade, onde a participação da população foi crucial. Neste caso ampliamos a cobertura da atenção aos usuários alvos, que era muito baixa, e alcançamos muitas metas de qualidade da atenção, algumas chegando a 100% da meta estabelecida.

Todas as ações são viáveis de serem incorporadas no cotidiano do serviço, tendo como resultado final o cumprimento dos objetivos escolhidos e o alcance das melhorias na qualidade da atenção prestada aos usuários.

Em relação à hipertensão arterial e diabetes, as seguintes ações foram desenvolvidas:

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa. Para tanto fizemos o treinamento dos agentes de saúde e é acompanhado pela enfermeira e eu. Graças a isso foi possível encontrar aos pacientes faltosos e programar consultas com eles.
- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM: todos os membros da equipe que trabalham na UBS foram treinados sobre como fazer um bom acolhimento e continuamente discutimos este tema nas reuniões de equipe.
- Garantir material adequado para a verificação da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e da glicemia capilar (fitas e aparelho de glicosimetria). Na UBS temos garantidos os materiais que garantem a tomada de pressão tanto na UBS como nas visitas domiciliares. Apesar de algumas

dificuldades no início, foi garantido pelo gestor os aparelhos para desenvolver o trabalho.

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e/ou diabéticos. Foi definido no início da intervenção com ajuda do protocolo adotado na UBS para o tratamento da HAS e DM.

- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde: Nas reuniões aproveitamos para realizar treinamento com os membros da equipe para melhorar o conhecimento geral sobre a HAS e DM e sobre como fazer o diagnóstico e tratamento.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde: Já dispomos dos protocolos em nossa UBS.

- Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo: Ainda trabalhamos para poder definir como agilizar os exames complementares, o maior problema é a pouca disponibilidade de laboratório para a realização dos exames.

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e/ou diabéticos: Em cada consulta oferecemos orientação de saúde bucal geral e nos casos com maior prioridade tentamos garantir com o dentista um pronto atendimento.

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

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos: as agentes de saúde participam ativamente da busca de pacientes, nos casos das pessoas que recusam assistir a consulta planejamos visitas a suas casas. Foram encontrados vários usuários, e estes foram resgatados para as consultas de acompanhamento.

- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e/ou diabéticos provenientes das buscas domiciliares: Deixamos vagas nas agendas para o acolhimento dessa demanda.

- Manter as informações do SIAB atualizadas.

- Implantar a ficha de acompanhamento: todo usuário tem seu prontuário preenchido para seu acompanhamento e é requisito necessário para cada consulta ou visita agendada.

- Pactuar com a equipe o registro das informações: nossa equipe atualiza sistematicamente as informações do pacientes.
- Definir responsável pelo monitoramento dos registros: foi definida como responsável a enfermeira.
- 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.
- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. Os usuários que forem diagnosticados com algum risco foram priorizados e tiveram consultas e visitas realizadas de forma prioritária.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda. Foi organizada agenda e os ACS tem orientação para o agendamento dos usuários segundo a necessidade.
- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e outros temas: fazemos atividades educativas com a comunidade para orientações sobre os diversos temas de interesse da população-alvo.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade: Estamos em fase de instalação e envolvimento da nutricionista.
- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física: recomendamos aos pacientes sobre as práticas de exercícios e quais são recomendados.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Algumas ações não foram desenvolvidas e impactaram no alcance de algumas metas:

- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nas atividades de educação em saúde.

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

No início da intervenção a coleta de dados foi um pouco trabalhosa porque não estávamos familiarizados com a ficha de coleta de dados, mas aos poucos isso foi melhorando. As fichas espelhos foram impressas e a sua utilização aos poucos foi sendo incorporada ao dia a dia da UBS.

Também tivemos um pouco de dificuldade de entender o preenchimento da planilha de coleta de dados, apesar de bem descrita, no início muitos dados foram preenchidos de forma incorreta. Aos poucos fomos corrigindo e compreendendo a planilha e todos os seus dados. Quando tínhamos dificuldade, a orientadora corrigia e explicava a maneira correta de preenchimento.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Durante o processo de intervenção foram estabelecidas as ações a desenvolver e estas já foram incorporadas ao trabalho diário da nossa UBS. Toda a equipe de saúde teve conhecimento das ações e de suas responsabilidades em cada ação. As atribuições de cada profissional foram estabelecidas e discutidas durante as reuniões da equipe.

A comunidade mostrou-se muito satisfeita com a intervenção, apesar de termos ainda muito a alcançar.

Todas as ações estabelecidas no planejamento da intervenção foram já incorporadas na rotina de trabalho da equipe, que se adaptou rápido e absorveu as novas atividades como forma de facilitar e organizar o trabalho neste e outros programas priorizados pelo Ministério de saúde.

Acreditamos que a intervenção tem total possibilidade de continuar incorporada à rotina da UBS, pois o seu desenvolvimento trouxe benefícios para a organização de nosso trabalho e mudanças positivas para o cuidado com os usuários hipertensos e/ou diabéticos.

Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A população alvo da intervenção foram os usuários hipertensos e diabéticos residentes na área de abrangência da UBS Nova Esperança, que possui uma população total de 3900 usuários em uma área que tem instabilidade com o número de usuários que realmente residem aqui por possuir uma população flutuante que circula entre os países, Colômbia, Peru e Brasil.

Esta população foi captada conforme demanda espontânea na unidade de saúde e foi buscada pelos agentes comunitários de saúde durante as visitas domiciliares e em espaços públicos da área de abrangência. Para eles que foram acompanhados de forma programada, foi uma experiência inédita, pois com a intervenção passaram a sair da unidade com sua próxima consulta agendada e foram convidados e incluídos em outros momentos de promoção à saúde e prevenção de complicações relacionadas a essas doenças crônicas.

Serão apresentados a seguir os resultados que alcançamos com a intervenção e discutiremos sobre os aspectos que contribuíram positivamente, as dificuldades enfrentadas e o apoio que recebemos da comunidade, da equipe e da gestão.

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

Meta 1.1. Cadastrar 22% dos hipertensos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

No início da intervenção tínhamos um indicador muito negativo no cadastro de usuários com HAS, conseguimos no primeiro mês cadastrar e acompanhar 73 hipertensos, que correspondeu a 12,3%. No segundo mês alcançamos 117

hipertensos, que significam 19,7%. No último mês da intervenção conseguimos cadastrar e acompanhar 128 hipertensos, correspondente a 21,6% da população alvo.

Mesmo a meta sendo baixa, não conseguimos alcançar o que havíamos planejado. Chegamos muito perto da meta, 22%. Acreditamos que o acesso de usuários que residem em áreas com maiores dificuldades de deslocamento até a UBS foi um aspecto importante para dificultar o cadastramento de novos usuários com hipertensão. Mas acreditamos que com a continuidade da intervenção alcançaremos nossa meta em pouco tempo. Houve uma interrupção da intervenção durante o período em que estive de férias. A equipe não deu continuidade à intervenção, e ela só foi retomada no meu retorno. Acho que este foi um aspecto que influenciou o não alcance desta meta no prazo dos três meses.

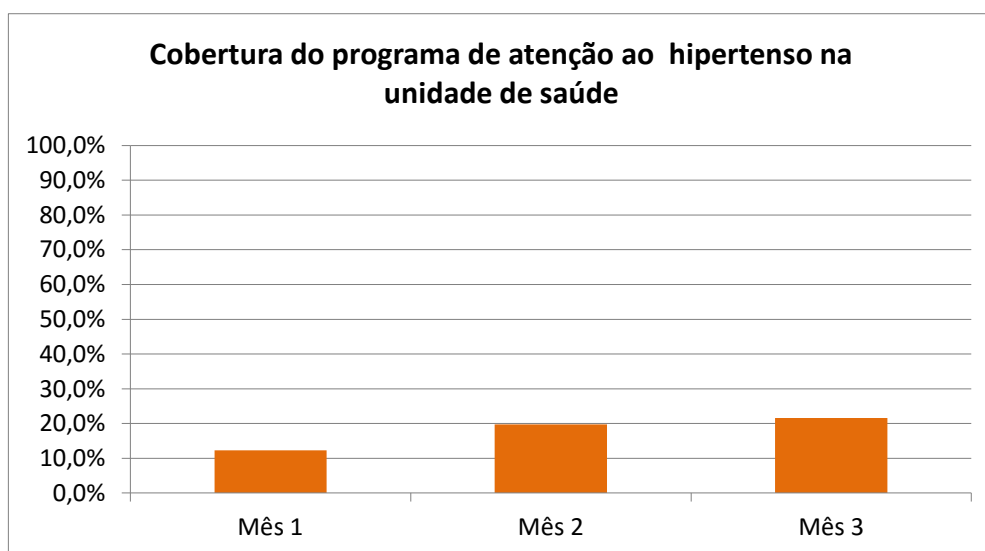


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Meta 1.2 Cadastrar 18% dos diabéticos da área de abrangência no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde.

No início da intervenção tínhamos um indicador de 11% de cadastro de usuários com DM, conseguimos no primeiro mês cadastrar e acompanhar 29 diabéticos, que correspondeu a 19,9%. No segundo mês alcançamos 47 diabéticos mais, que significam 32,2%. No último mês da intervenção conseguimos cadastrar e acompanhar um total de 56 diabéticos, correspondente a 38,4% da população alvo. Com esse resultado final passamos nossa meta de 18%. Além de isso acreditamos

que com a continuidade da intervenção e com a experiência adquirida podemos alcançar melhores resultados.

O trabalho das agentes comunitárias foi muito importante, pois temos áreas de acesso difícil, e que uma busca ativa de casos foi essencial para que ampliássemos o cadastramento de diabéticos para acompanhamento na UBS.

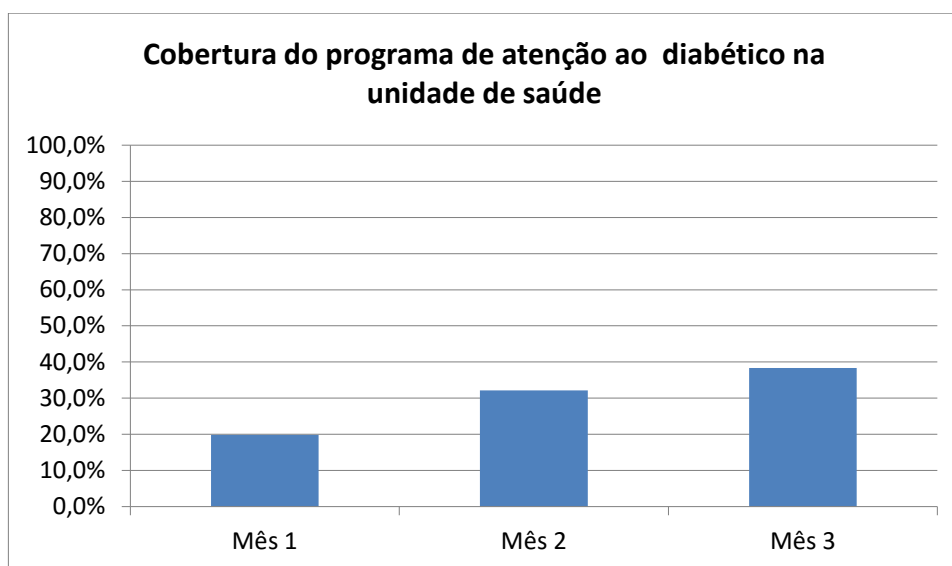


Figura 2: Cobertura de atenção ao diabéticos na Unidade de Saúde.

Objetivo 2 Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos

Meta 2.1 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

Alcançamos no final da intervenção 97,7% de usuários hipertensos com exames em dia ao final da intervenção, evoluindo desde 69 usuários (74%), pacientes para um 94,5% no primeiro mês, passando para 114 usuários (97,4%) no segundo mês e finalmente 125 ao terminar o último mês da intervenção. Os três pacientes restantes não foi possível fazer o exame clínico completo porque foram atendidos em suas casas e lá não teve as condições para realizar o exame clínico adequado.

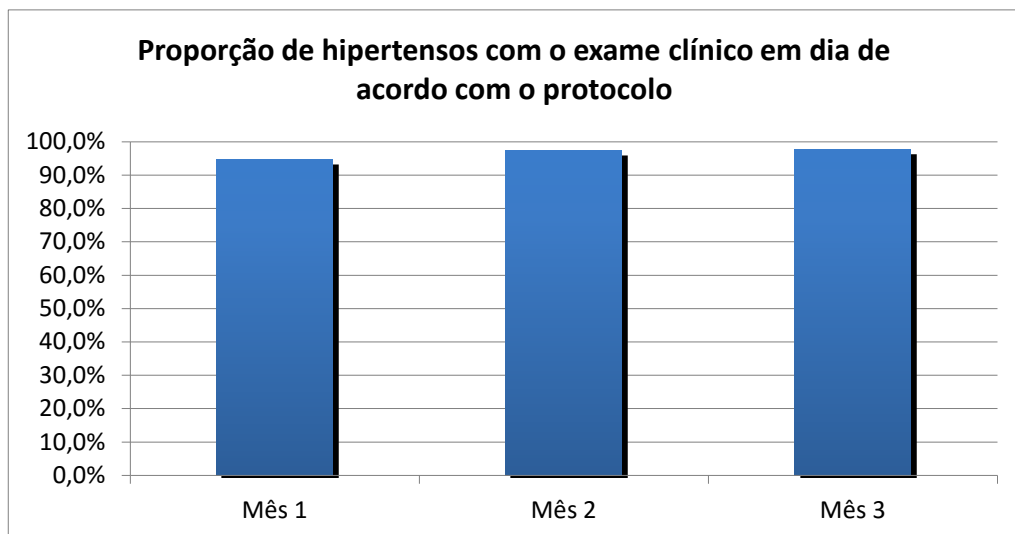


Figura 3: Proporção de exames em dia para hipertensos.

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

Nossa meta neste objetivo não foi alcançada pois não chegamos ao 100% dos exames feitos ao final da intervenção, mas é importante destacar que evoluiu satisfatoriamente no decorrer da intervenção. No primeiro mês foi alcançado 86,2% (25 usuários). No segundo mês alcançamos 91,5% (43 usuários) e no último mês 52 diabéticos ficaram com os exames em dia, correspondendo a 92,5%.

Estamos cientes que não alcançamos a meta, mas chegamos bem próximo. As quatro pessoas que não tiveram exames em dia foi por falta de espaço e lugar adequado porque as consultas foram realizadas no domicílio e não tiveram as condições adequadas para realizar os exames.

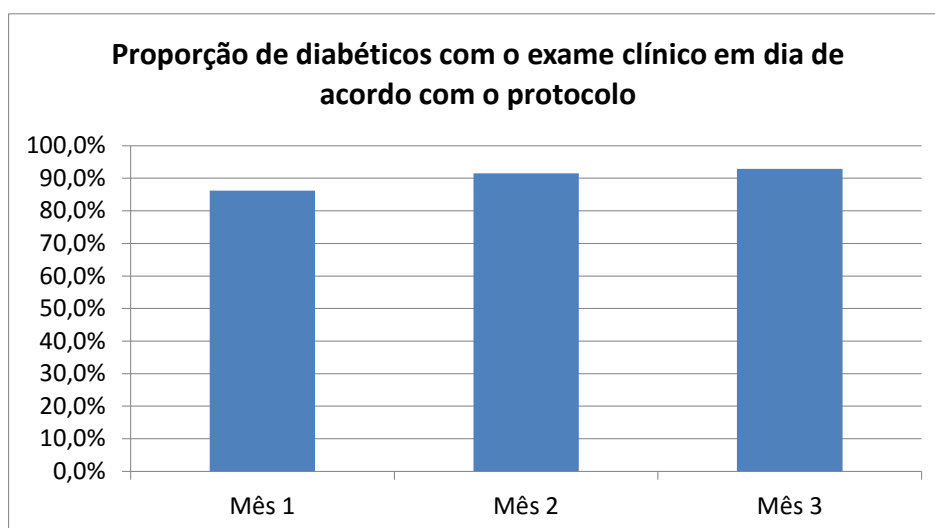


Figura 4: Proporção de exames em dia para diabéticos

Meta 2.3 Realizar exame complementares em dia aos pacientes hipertensos.

Durante a intervenção não foi possível alcançar a meta, mas chegou próximo, evoluindo satisfatoriamente com o trabalho realizado. Iniciamos com desde 69 usuários (94,5%) no primeiro mês, passando no segundo mês para 114 usuários (97,4%) e finalmente 125 usuários no último mês (97,7%) no final da intervenção. Os poucos pacientes que não realizaram os exames complementares por razões pessoais dos usuários, eles continuam sendo acompanhados até que resolvam realizar os exames.

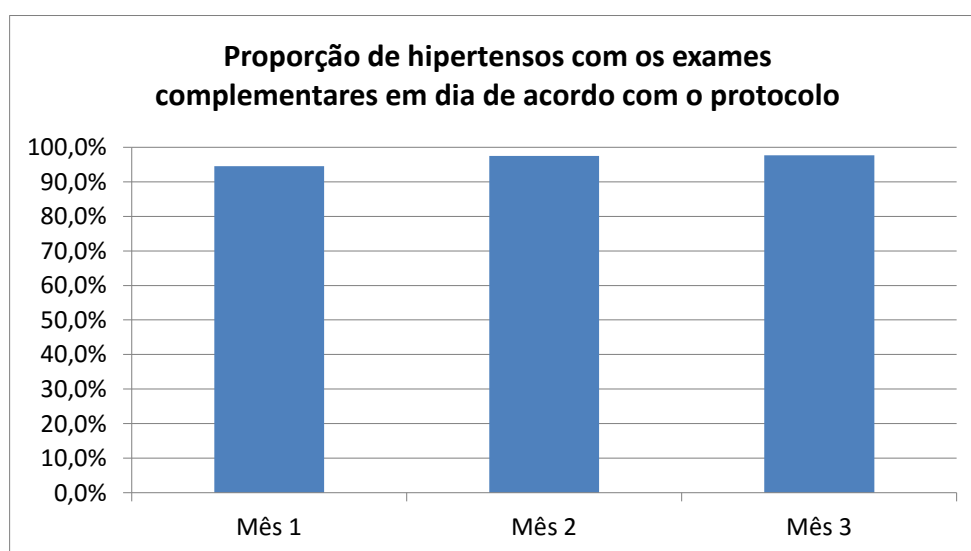


Figura 5: Proporção de exames complementares em dia para hipertensos

Meta 2.4 Realizar exame complementares em dia aos pacientes diabéticos

No início da intervenção fizeram exames complementares um total de 25 usuários que representa 86,2%, no segundo mês conseguiu fazer os exames 43 usuários, que significa 91,5%; e no último mês 52 diabéticos fizeram exames complementares, o que corresponde a 92,5%. Quatro usuários ficaram sem realizar os exames, pois não conseguiram realizá-los antes de encerrar nossa intervenção, por questões de agendamento.

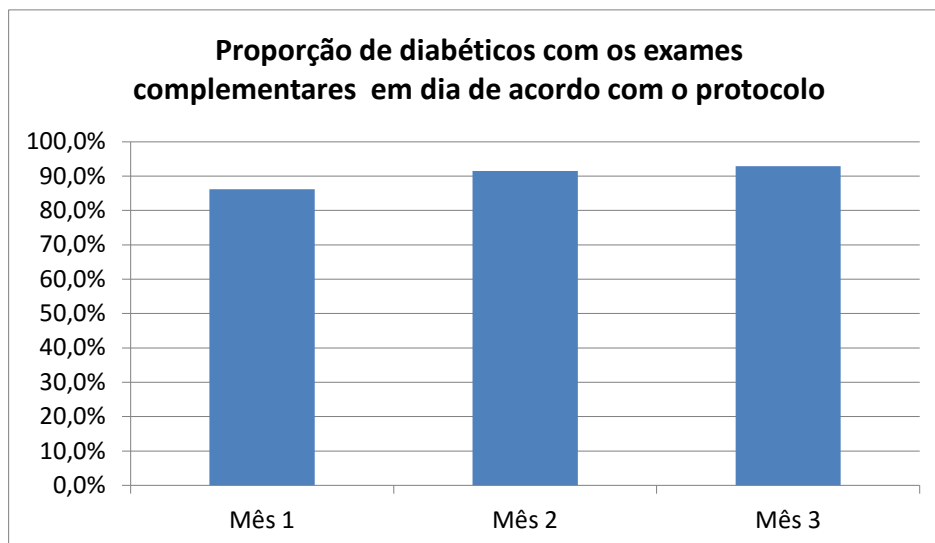


Figura 6: Proporção de exames complementares em dia para diabéticos

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

No início da intervenção nem todos os usuários tinham o conhecimento dos benefícios do programa HIPERDIA e compravam seus medicamentos. A intervenção também contribuiu para que os usuários conhecessem os benefícios do programa, como o acesso aos medicamentos da farmácia popular.

No primeiro mês tomavam medicamentos garantidos pela Farmácia Popular 59 usuários (83,1%), no segundo mês 104 usuários estavam tomando medicamentos do programa (89,7%), e no último mês um total de 115 usuários, (90,6%) hipertensos estavam utilizando medicamentos da farmácia popular. Dos 12 usuários não inseridos nos benefícios da farmácia popular, temos dois com tratamento não medicamentoso, quatro que relatam experiências negativas com o uso de medicamentos fornecidos pela farmácia popular e seis tomam medicamentos indicados por seus cardiologistas, que não fazem parte de nossas farmácias.

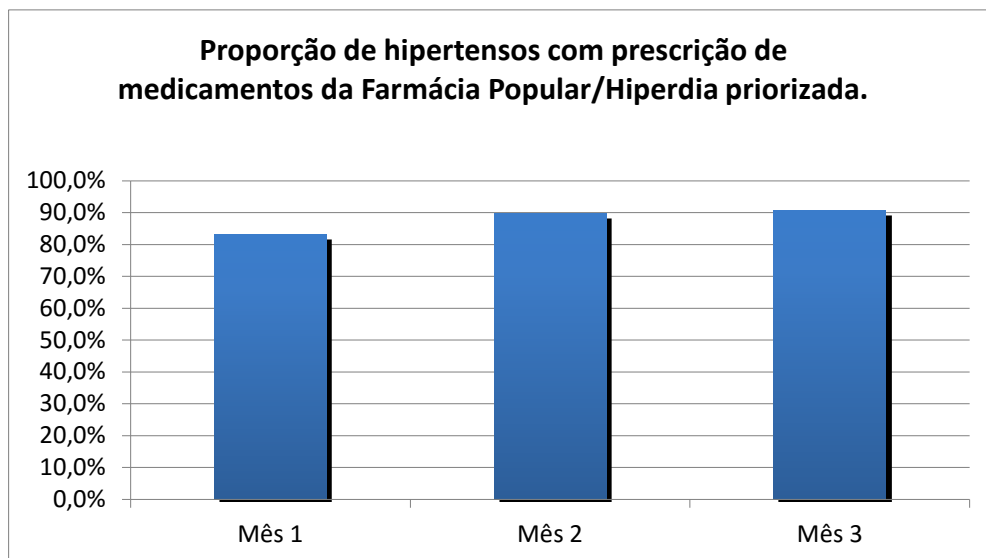


Figura 7: Pacientes hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

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

No início da intervenção apenas 22 usuários com diabetes tomavam medicamentos fornecidos pelo SUS, representando 88,0% no primeiro mês, no segundo mês 40 usuários utilizavam esses medicamentos (93,0%), e no final da intervenção, um total de 49 usuários do total de 52 estavam utilizando os medicamentos da farmácia popular, 94,2%. Apenas três usuários não estavam utilizando os remédios de farmácia popular, destes um recebe informação de outros médicos que os medicamentos genéricos não são bons, e prefere não usá-los, e os dois restantes tem indicação por endocrinologista de outros medicamentos.

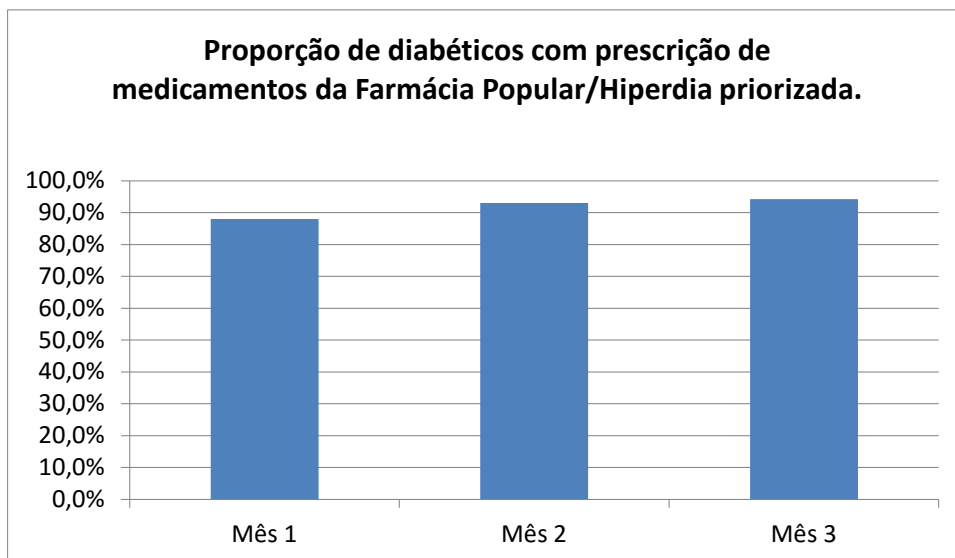


Figura 8: Pacientes diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular.

Meta 2.7 Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico a pacientes hipertensos.

No primeiro mês da intervenção somente tinham avaliação odontológica 49 usuários hipertensos, que representa 67,1%, no segundo mês elevou para 94 usuários (80,3%). Ao concluir a intervenção 128 usuários foram avaliados em suas necessidades de atendimento odontológico, alcançamos 100%.

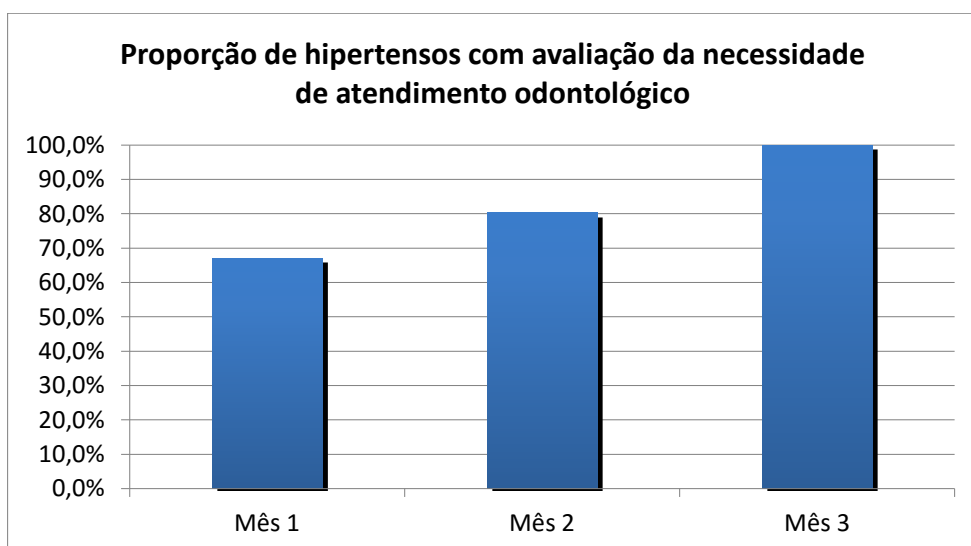


Gráfico 9: Avaliação de pacientes hipertensos com necessidade de atendimento odontológico.

Meta 2.8 Fazer avaliação da necessidade de atendimento odontológico em pacientes diabéticos.

Ao começar a intervenção praticamente não tinham avaliação odontologia um grupo de grande importância como são os diabéticos, logo no primeiro mês foram avaliados 22 usuários (75,9%), no segundo mês foram avaliados 40 usuários, representando 56%. No final da intervenção alcançamos que todos os pacientes diabéticos fossem avaliados em suas necessidades de atendimento odontológico.

A equipe de saúde bucal foi crucial n alcance desta meta.

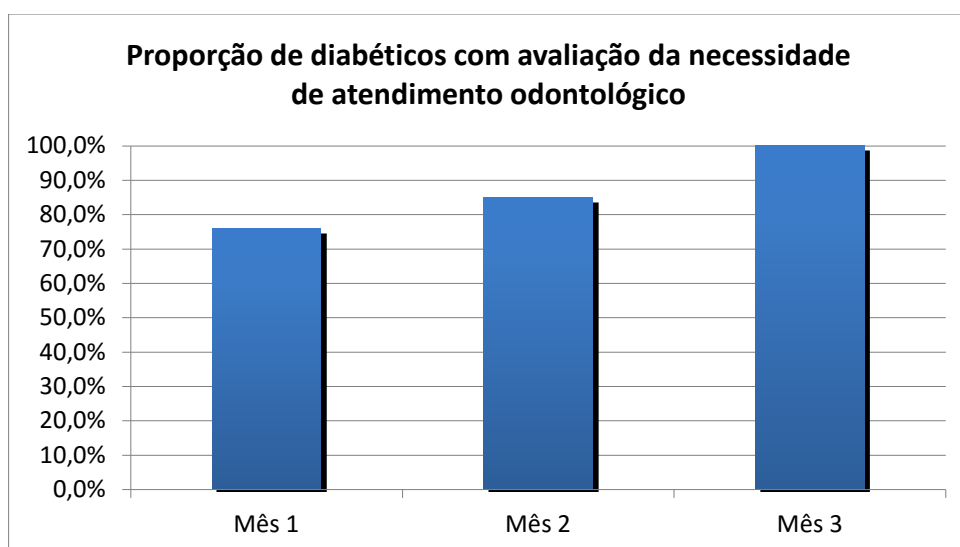


Figura 10: Avaliação de pacientes diabéticos com necessidade de atendimento odontológico.

Objetivo 3: Alcançar uma adesão do 100% dos pacientes com Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus a consultas de acompanhamento.

Referente a este objetivo não possuímos um dado percentual fiel do período anterior ao início da intervenção por não termos registro dessa ação. Contudo, pelos registros das consultas podemos estimar que estava abaixo de 80%.

Com as ações desenvolvidas na intervenção foi alcançado 100% de adesão dos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus em cada mês da intervenção. Todos os usuários faltosos foram buscados e todos realizaram as

consultas. Sendo assim, alcançamos 100% desta meta nos três meses da intervenção.

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

Durante o primeiro mês da intervenção foram buscados sete usuários hipertensos faltosos à consulta, no segundo mês os oito faltosos foram buscados e no último mês novamente oito usuários foram buscados. Alcançamos 100% nos três meses da intervenção.

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

No primeiro mês foram buscados quatro diabéticos faltosos à consulta, no segundo mês receberam busca ativa os cinco usuários faltosos, e no terceiro mês novamente cinco faltosos foram buscados. Alcançamos 100% da meta.

Objetivo 4: Registrar em fichas de acompanhamento ao 100% dos pacientes cadastrados com hipertensão e diabetes.

No início desta intervenção nem todos os usuários cadastrados tinham fichas de acompanhamento em dia e com todos seus dados, exames e comentários preenchidos, o trabalho feito pela equipe de saúde permitiu organizar adequadamente os arquivos de pacientes acompanhados para ter melhor qualidade em seu acompanhamento.

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

No início de nossa intervenção apenas alguns pacientes hipertensos tinham suas fichas em dia, e não constavam com suficientes dados para saber com certeza o que aconteceu anteriormente. No primeiro mês da intervenção apenas 65 usuários tinham um registro adequado (89,0%), já no segundo mês aumentou para 110

usuários com registros adequados o que representa 94,0%, e no final da intervenção alcançamos 128 usuários com registros adequados, o que representa 100% dos usuários.

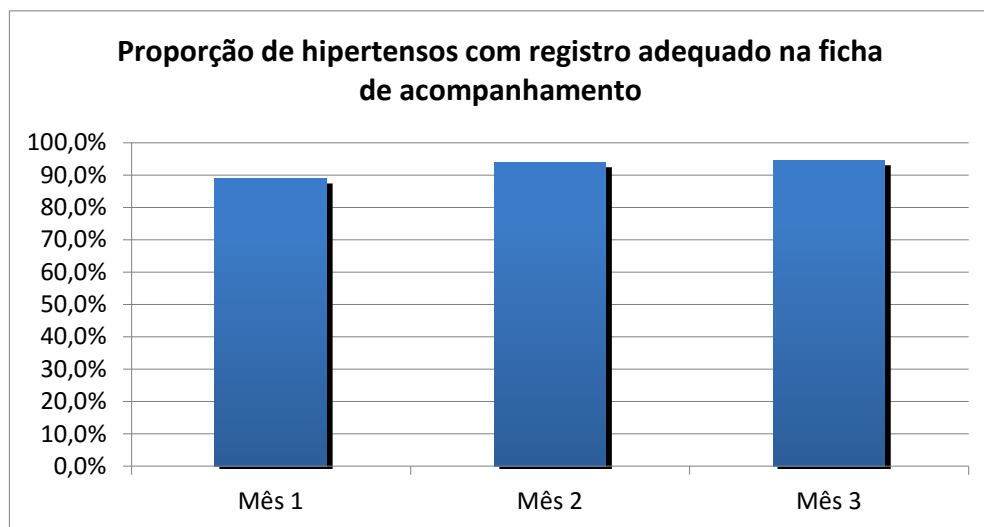


Figura 13: Hipertensos com fichas de acompanhamento em dia.

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

No momento de nossa intervenção apenas alguns usuários diabéticos tinham suas fichas em dia, e não com suficientes dados para saber com certeza o que aconteceu anteriormente com eles. No primeiro mês da intervenção apenas 25 usuários tinham um registro adequado (86,2%), já no segundo mês aumentou para 43 pacientes com registros adequados o que representou 91,5%, e ao final da intervenção alcançamos 56 usuários com registros adequados, o que representa 100%.

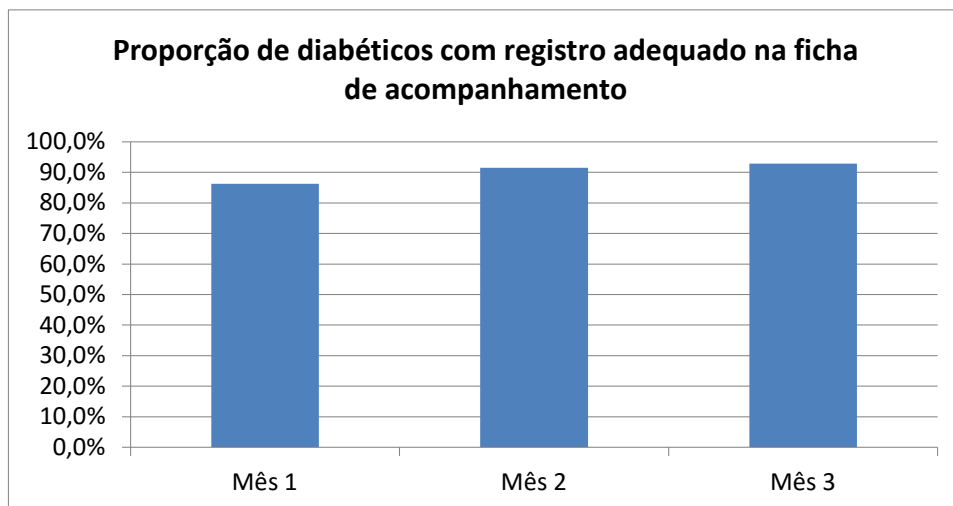


Figura 14: Diabéticos com ficha de acompanhamento em dia.

Objetivo 5: Oferecer avaliação de risco a 100% dos hipertensos e 100% dos diabéticos.

Na avaliação de risco cardiovascular antes da intervenção não havia registro algum. Só há evidências escritas a partir deste trabalho. No início da intervenção alcançamos 89,0%, no segundo e terceiro mês alcançamos 100% para os hipertensos e um 100% para os pacientes diabéticos.

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

No início a intervenção apenas alguns pacientes hipertensos tinham avaliação de risco cardiovascular, no primeiro mês da intervenção apenas 65 usuários haviam feito a avaliação (89,0%), já no segundo mês aumentou para 110 usuários com registros adequados o que representa 94,0%, e no final da intervenção alcançamos 128 usuários com registros de seu risco cardiovascular o que representa 100%.

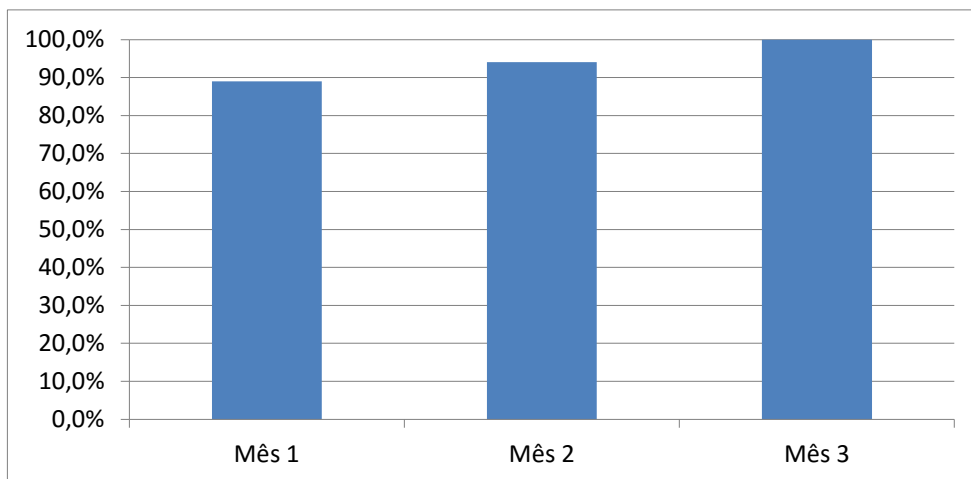


Gráfico 15: Hipertensos com avaliação de risco cardiovascular.

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

No início da intervenção apenas alguns pacientes diabéticos tinham avaliação de risco cardiovascular, e não havia dados para saber com certeza o que aconteceu anteriormente com eles, no primeiro mês da intervenção apenas 25 usuários tinham feito a avaliação de risco (86,2%), já no segundo mês aumentou para 43 usuários o que representa 91,5%, e ao final da intervenção alcançamos 56 usuários, o que representa 100%.

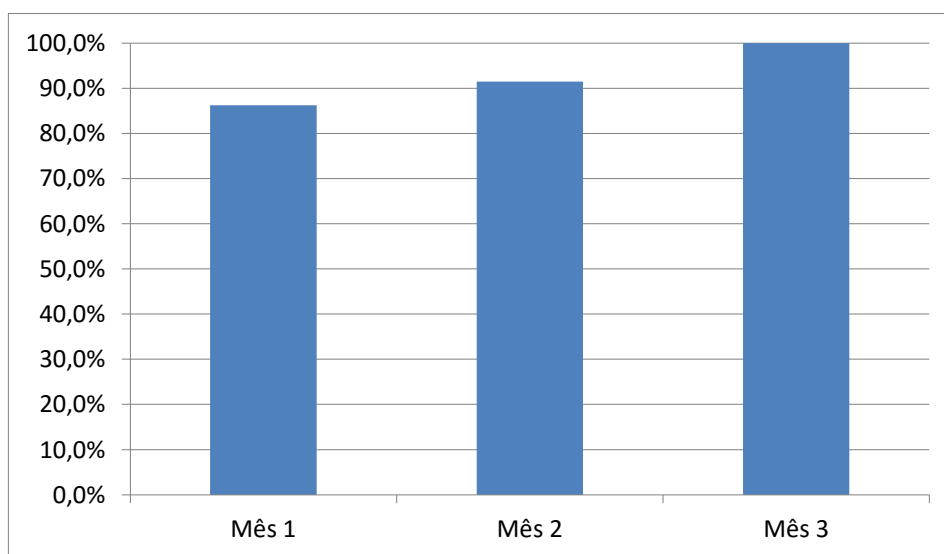


Figura 16: Diabéticos com avaliação de risco cardiovascular.

Objetivo 6: Promover a saúde dos hipertensos e diabéticos.

É a promoção de saúde uma ferramenta essencial no processo de acompanhamento a usuários hipertensos e diabético e por isso damos muita ênfase neste objetivo.

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

Durante nesta intervenção foi introduzido o tema de como ter uma dieta saudável, os pacientes foram aconselhados sobre alimentação, o que e como comer, além de que abordado tabus alimentares na dieta básica, perigos do uso de sal em excesso. No mês um foram orientados apenas 65 usuários (89,0%), já no segundo mês houve um aumento para 110 usuários (94,0%), e ao final da intervenção alcançamos 128 usuários, o que representa um 100%

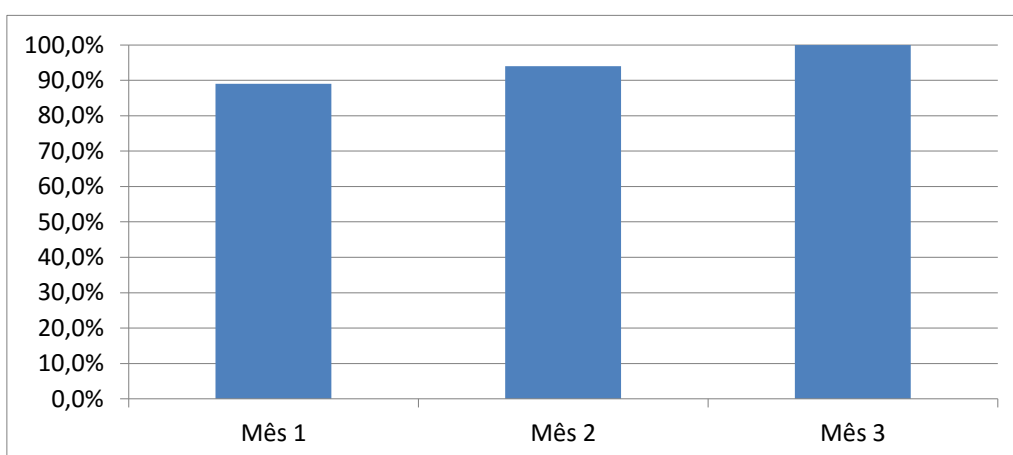


Figura 17: Orientação nutricional a pacientes hipertensos.

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

No primeiro mês 25 usuários tinham recebido orientação nutricional adequada (86,2%), já no segundo mês aumentou para 43 o número de usuários que receberam orientação nutricional, o que representa 91,5%, e no final da intervenção alcançamos 56 usuários com orientação nutricional, o que representa 100% do total de pacientes cadastrados na intervenção.

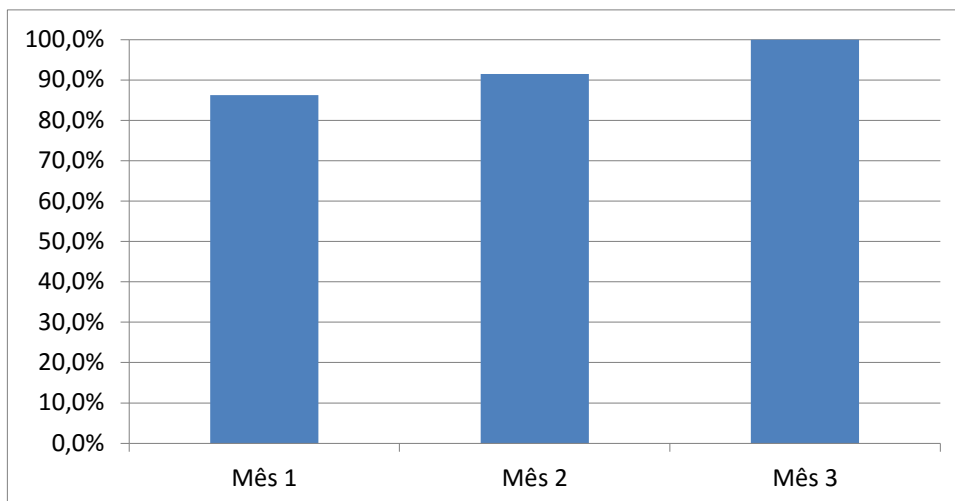


Figura 18: Orientação nutricional a pacientes diabéticos.

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

Na intervenção trabalhamos muito com as orientações que os usuários hipertensos devem receber em relação à prática de exercícios físicos regulares. Foram feitas orientações personalizadas de acordo com o risco cardiovascular e a idade de cada um. No primeiro mês foram orientados 65 usuários (89,0%), já no segundo mês aumentou para 110 usuários (94,0%), e no final da intervenção alcançamos 100%, fazendo orientação para os 128 usuários hipertensos cadastrados.

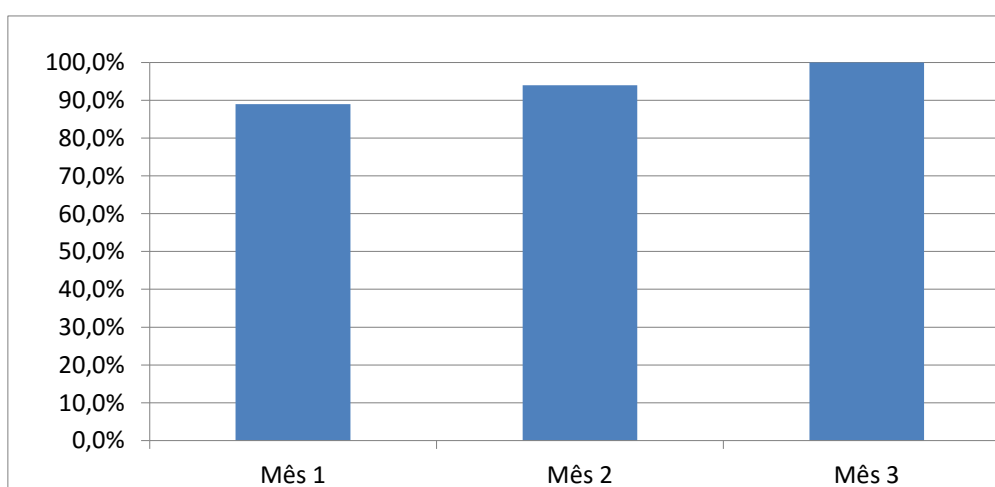


Figura 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre atividades física.

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

Os espaços em que aconteceram as orientações foram diversos. Este foi um tema recorrente e bastante debatido com a comunidade pela importância no tratamento não medicamentoso. As orientações foram realizadas em grupo e individualmente, durante as consultas, levando em consideração as condições clínicas de cada pessoa e o risco cardiovascular. Procuramos fazer as orientações com a indicação do tipo de atividade que cada usuário poderia realizar, sendo indicado caminhadas, passeios leves, exercícios de musculação, etc.

No primeiro mês 25 pacientes obtiveram orientação sobre prática de atividade física adequada (86,2%), já no segundo mês aumentou para 43 usuários, o que representa 91,5%, e no final da intervenção alcançamos 56 usuários com orientação de atividade física, que foi 100% da meta estabelecida.

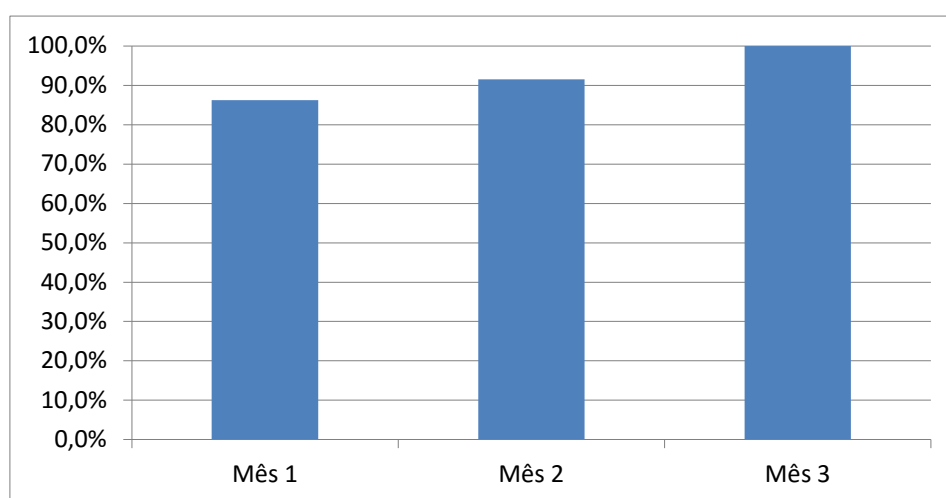


Figura 20: Proporção de pacientes diabéticos com orientação sobre prática de exercícios físicos.

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

Apesar deste tema não ser muito difundido em nossa área, o hábito do tabagismo tem alta incidência e representa um fator de risco importante para

hipertensos e diabéticos. As orientações sobre os riscos do tabagismo viraram rotina em nossas consultas, e em todas as oportunidades de contato com os usuários.

No primeiro mês 65 usuários hipertensos receberam orientação (89%), já no segundo mês, 110 usuários obtiveram essas orientações (94%), e ao final da intervenção alcançamos 128 usuários com orientação sobre os riscos do hábito de fumar, 100% da meta estabelecida.

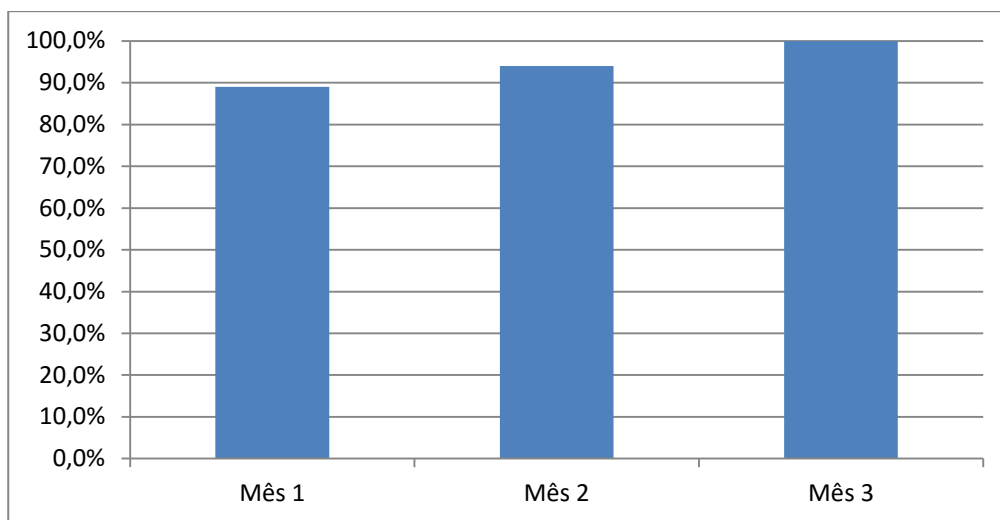


Figura 21: Proporção de pacientes hipertensos que forem orientados sobre os riscos de tabagismo.

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

Assim como na hipertensão, o tabagismo oferece riscos à pessoa diabética. Ficou estabelecida como rotina na UBS que todo usuário hipertenso e/ou diabético deve receber orientação sobre os riscos do tabagismo para a saúde.

No primeiro mês receberam orientação sobre o tabagismo 25 usuários (86,2%), já no segundo mês ampliamos as orientações para 43 usuários (91,5%), e ao final da intervenção alcançamos 100%, 56 usuários diabéticos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo para a saúde.

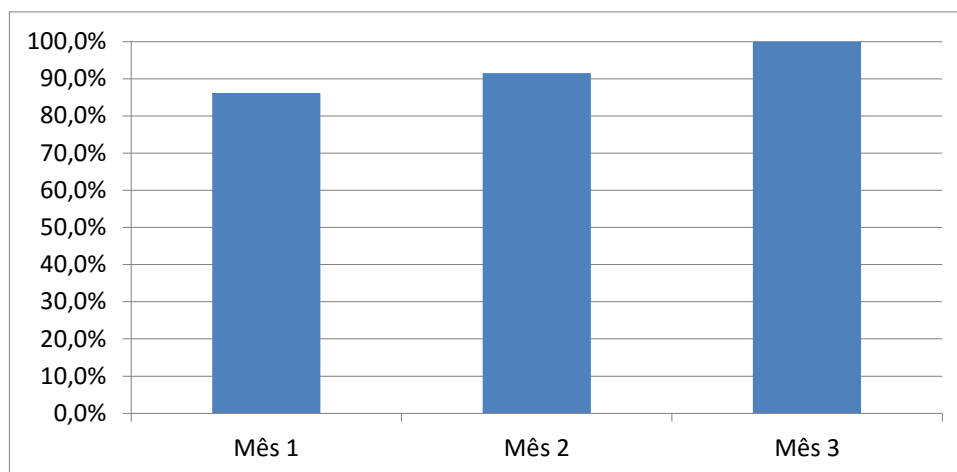


Figura 22: Proporção de pacientes diabéticos que foram orientados sobre os riscos de tabagismo.

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

Com relação à saúde bucal a nossa população em geral não tem bons hábitos em relação aos cuidados com a higiene bucal. Talvez por desconhecimento, por isso enfatizamos muito durante as consultas e visitas domiciliares orientações sobre a higiene bucal e cuidados com os dentes e saúde bucal em geral. Tivemos apoio e envolvimento da equipe de saúde bucal, que passou orientação de forma sistemática e contínua na esperança de modificar a realidade em nossa área.

No primeiro mês da intervenção 65 usuários tiveram orientações de saúde bucal (89%), já no segundo mês 110 usuários receberam a orientação (94%), e no final da intervenção alcançamos 100% da intervenção, com 128 usuários orientados com relação à saúde bucal.

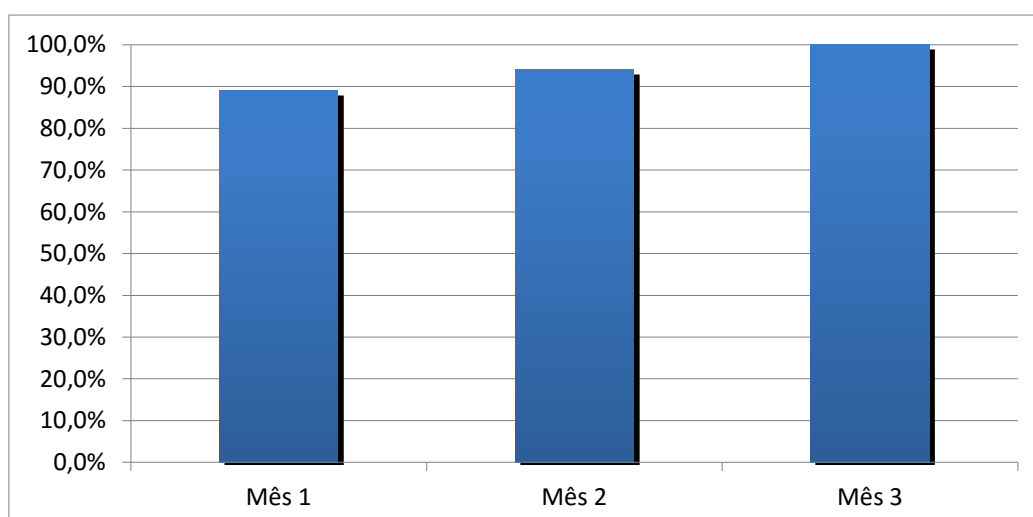


Figura 23: Proporção de pacientes hipertensos que receberam orientações sobre higiene bucal

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

A higiene bucal é muito importante para a saúde geral da população, e para os pacientes diabéticos é fundamental.

No primeiro mês 25 usuários diabéticos receberam orientação sobre saúde bucal (86,2%), já no segundo mês 43 usuários diabéticos receberam a orientação (91,5%), e no final da intervenção 56 usuários receberam a orientação, que representa 100% de nossa meta estabelecida.

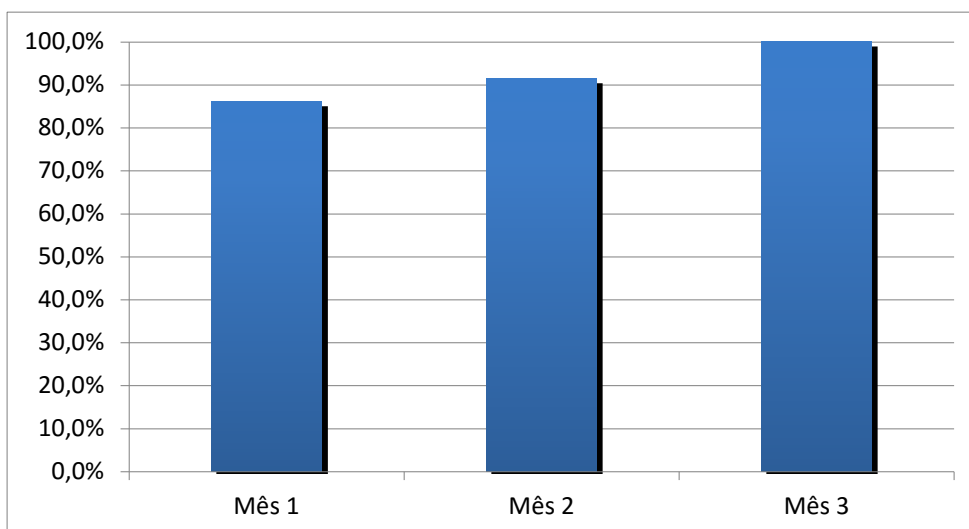


Figura 24: Proporção de pacientes diabéticos que receberam orientações sobre higiene bucal.

4.2 Discussão

Com a intervenção, realizada em doze semanas, conseguimos a ampliação do cadastro dos hipertensos e diabéticos. A comunidade ficou bastante satisfeita, pois de uma quantidade baixa de pacientes diagnosticados com hipertensão arterial e diabetes mellitus antes da intervenção, acrescentamos mais que o dobro. Isso mostra que havia sub-registro e que muitas destas doenças não haviam sido diagnosticadas ainda. Com as ações da intervenção, conseguimos qualificar os

registros, mapear as pessoas com diabetes e hipertensão, identificar aqueles com maior risco, sensibilizar a população que aderiu ao serviço, ampliamos o conhecimento da população sobre essas doenças levando mais informações sobre os fatores de risco, sobre a alimentação adequada, sobre a importância de realizar atividade física, sobre os malefícios do cigarro e do uso de álcool.

Conseguimos com a intervenção algo que consideramos um avanço muito grande, a ampliação dos exames complementares, isso foi muito bom porque identificou comorbidades e nos ajudou com o plano de tratamento de cada pessoa inscrita no programa.

Importância da intervenção para a equipe

A intervenção permitiu que a equipe se capacitasse e se atualizasse com relação ao diagnóstico, tratamento, acompanhamento e manejo das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. Fez com que a consulta aos protocolos de hipertensão e diabetes se tornasse um hábito, fez com que os profissionais da equipe se sentissem mais qualificados e seguros para atuar de maneira mais qualificada frente ao diabético e ao hipertenso. Também estimulou a prática da educação em saúde, feita agora por todos os membros da equipe.

A organização de todo o serviço, desde o acolhimento, organização das agendas para o atendimento, registro das atividades, visitas domiciliares facilitou o nosso trabalho porque estabeleceu uma rotina, cada um com seu papel e com conhecimento do papel do outro colega.

Importância da intervenção para o serviço

Para o serviço, a intervenção propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos. Aumentamos o número total dos pacientes atendidos, melhoramos os registros e a qualidade da atenção.

Destacamos a ampliação do exame dos pés dos diabéticos e a classificação de risco em ambos os grupos. Essas ações fizeram com que alguns usuários fortalecessem o vínculo com o serviço.

Antes da intervenção as ações para a atenção ao usuário hipertenso e diabético eram concentradas no profissional médico. A intervenção redistribuiu as funções e aproximou a equipe, possibilitando um trabalho integrado, viabilizando a

atenção a um maior número de pessoas, pois outros membros da equipe passaram a desempenhar um papel igualmente importante, junto a esse público.

A melhoria dos registros e o agendamento dos hipertensos e/ou diabéticos organizaram melhor a demanda, inclusive de outros grupos e também para a atenção à demanda espontânea.

Outro aspecto importante para o serviço foi o diálogo, criado a partir da intervenção, para discussões sobre casos clínicos, casos específicos de hipertensos e/ou diabéticos que necessitam de atenção mais específica. Isso melhorou a nossa vigilância a esse grupo.

Importância da intervenção para a comunidade

A intervenção proporcionou uma qualificação da atenção prestada aos hipertensos e diabéticos. Melhorou o acesso a exames para detecção de agravos e de complicações da doença. Ampliou de forma significativa o acesso às informações sobre alimentação saudável para hipertensão e para diabetes, sobre a importância da atividade física, sobre fatores de riscos, entre outros. A comunidade ficou mais esclarecida sobre diversos aspectos da saúde.

A intervenção fortaleceu o vínculo dos usuários com o serviço e com a equipe. Pois percebemos que a demanda de consultas aumentou, a adesão às atividades educativas também. Aos poucos, estabelecemos uma relação de confiança com os usuários do serviço.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento

Acredito que se começasse agora a intervenção, buscaria uma maior participação do gestor municipal para que se envolvessem conosco na intervenção, solucionando problemas, garantindo insumos. Também faria as capacitações antes de iniciar a intervenção, procurando nivelar o conhecimento de toda a equipe logo no início da intervenção.

Viabilidade de incorporar a intervenção à rotina do serviço e melhorias a fazer na intervenção

Acredito que a intervenção já esteja incorporada à rotina de nossa unidade. Precisamos dar continuidade ao projeto de intervenção e tentar fazer o mesmo com os grupos de pacientes idosos, crianças e outros grupos da comunidade.

A hipertensão e a diabetes são doenças comuns na população, e em muitas localidades são subdiagnosticadas. É importante que a equipe, em especial as agentes de saúde continuem a busca por novos casos.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezados Gestores

Como parte do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) realizamos o curso de especialização em saúde da família pela Universidade Aberta do SUS – UNASUS e Universidade Federal de Pelotas – UFPEL. O curso de especialização foi dividido em várias unidades, sendo finalizada com a elaboração do trabalho de conclusão de curso. Inicialmente, realizamos a análise situacional dos serviços de saúde do município e em especial do nosso Centro de Saúde. Observamos criticamente como estava a saúde dos vários grupos populacionais e escolhemos como foco da intervenção a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos, já que os resultados encontrados apresentava uma situação muito desfavorável, com indicadores de cobertura e qualidade bem comprometidos. Inicialmente fizemos uma análise da situação da assistência à esse grupo populacional juntamente com um estudo detalhado da nossa área de abrangência, nosso Centro de Saúde e nossos recursos.

Organizamos um cronograma de ações a serem desenvolvidas durante a intervenção, as quais seguem abaixo:

- Capacitação de todos os profissionais da unidade de saúde
- Definição das atribuições e do papel de cada membro da equipe
- Cadastramento dos hipertensos e diabéticos.
- Estabelecer contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática, solicitando apoio.
- Realização de busca ativa de pessoas com hipertensão e/ou diabetes
- Realização de atendimento clínico aos hipertensos e/ou diabéticos
- Realização da avaliação de risco cardiovascular

- Solicitação e avaliação de exames
- Orientação e avaliação das necessidades de atendimento odontológico
- Organização da agenda para nas necessidades de atendimento de saúde bucal
- Monitoramento da intervenção

Consideramos que todas as ações previstas para nosso projeto foram realizadas, com maior ou menor grau de dificuldade, mas foram desenvolvidas.

Tivemos algumas dificuldades no decorrer da intervenção, faltaram recursos necessários em toda a intervenção para realizar o teste de glicose capilar em nossa UBS; e precisamos substituir os aparelhos para a aferição da pressão arterial que ficarão desregulados. Tivemos dificuldade também de realizar os exames complementares durante todo o período da intervenção, pela falta de recurso necessário. Muitas vezes o atendimento odontológico teve uma espera longa, por falta de odontólogo e em algumas vezes por equipamentos danificados.

Tivemos dificuldade de encaminhamento para algumas especialidades pela falta de atendimento especializado em nosso município. Estivemos sem cardiologista, por exemplo, o que dificultou a avaliação de alguns hipertensos e diabéticos pela especialidade. Muitas vezes não dispomos de recursos financeiros para o traslado até Manaus.

Houve demora na incorporação dos profissionais do NASF para o apoio à nossa UBS, a situação só foi resolvida nas últimas semanas do projeto, possibilitando atendimento por nutricionistas, psicólogo e outros.

Tivemos problemas também para garantir os medicamentos necessários para o programa nas primeiras semanas, com o apoio da gestão do município foi resolvido o problema em tempo, garantindo todos os medicamentos que precisamos para o programa de atenção ao hipertenso e diabético.

Como resultado da intervenção, ampliamos a cobertura de hipertensos de 12% para 21%, com um aumento de 73 para 128 hipertensos cadastrados e acompanhados no Centro de Saúde. Ampliamos a cobertura de diabéticos de 19,9% para 38,4%, correspondendo a um aumento de 29 para 56 diabéticos cadastrados e acompanhados no serviço.

Melhoramos os registros das ações desenvolvidas, organizamos o acolhimento e acesso dessa população aos serviços de saúde, melhoramos a

adesão da população ao serviço, desenvolvemos atividades de educação em saúde com orientações diversas, incrementamos os cuidados em saúde bucal, apesar das dificuldades que enfrentamos no percurso da intervenção.

Consideramos muito importante para a melhoria dos indicadores de saúde incorporar as ações realizadas durante a intervenção em nossa rotina, bem como ampliar para outros serviços de atenção básica do município, já que o resultado mudou a realidade da atenção á saúde de hipertensos e diabéticos e no nosso Centro a população mostrou-se satisfeita e engajada na intervenção.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Prezada Comunidade do Bairro Nova Esperança

Como é de conhecimento de todos vocês que frequentam o Centro de Saúde do Bairro Nova Esperança, desenvolvemos uma intervenção em saúde com o objetivo de melhorar a assistência à saúde das pessoas hipertensas e diabéticas, pois percebemos que havia essa necessidade porque a organização e a qualidade das ações até então desenvolvidas para estas pessoas era desfavorável. Os registros estavam desorganizados, assim também como a organização das consultas. Havia muita gente ainda sem diagnóstico e que desconhecia as causas, os riscos e as complicações da hipertensão e da diabetes.

Com o desenvolvimento da intervenção pudemos observar que nem todos os usuários eram bem acompanhados, e como resultado a maioria chegava à consulta com a doença descontrolada, muitas vezes com danos para a saúde.

A intervenção contou com o apoio fundamental dos agentes comunitários de saúde, membros da comunidade e toda a equipe de saúde. Graças ao envolvimento de todos, foi possível realizar mudanças e incorporar diferentes ações para melhorar a compreensão destas doenças e aumentar a adesão de pessoas que antes não tinham acompanhamento regular no serviço.

Mediante as palestras feitas na UBS, com o dialogo direto com os usuários e familiares e demonstrando os benefícios do controle da hipertensão e da diabetes, alcançamos uma compreensão melhor da importância de um bom acompanhamento, aproximando mais os usuários portadores dessas doenças e a equipe de saúde.

Hoje, temos um número muito bom de hipertensos e diabéticos acompanhados no Centro de Saúde, conseguimos organizar as consultas de modo

a garantir que todos sejam contemplados e tenham acesso a consultas e a informações para os cuidados, prevenção e controle da hipertensão e diabetes.

Queremos lhes agradecer pelo apoio recebido durante toda a intervenção, e gostaríamos de reforçar o convite para continuarmos envolvidos de forma participativa nos cuidados com a saúde de nossa comunidade. As ações seguirão como parte da rotina em nosso Centro de Saúde, é nosso desafio seguir adiante para alcançarmos melhores níveis de saúde para o nosso povo.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Para mim o início desta intervenção constitui um marco por várias razões, primeiramente, trata-se de um trabalho realizado dentro do meu próprio universo de atuação, isto ajudou muito a compreender na prática, observando o que e como aconteciam as ações de saúde na localidade onde atuo. Segundo, o curso nos impulsionou a estudar e aprender sobre o sistema de saúde brasileiro, durante o curso li muitos documentos e materiais sobre o sistema único de saúde, isso me ajudou muito na compreensão dos princípios e do funcionamento dos serviços de saúde e da política de saúde brasileira.

A implementação da intervenção me ajudou a desenvolver dentro da equipe o espírito de liderança, isso me ajudou a acompanhar o cumprimento dos objetivos e metas.

O início do curso não foi fácil para mim, onde atuo há bastante dificuldade de acesso à internet, quando temos acesso é de baixa qualidade. Isso prejudicou um pouco a comunicação no início. Além disso, houve uma enorme barreira para meu aprendizado, a barreira idiomática. Isto representou um enorme desafio, além de compreender as demandas do curso, escrever todas as atividades e tarefas.

Durante o desenvolvimento da intervenção, também tivemos alguns inconvenientes que inicialmente não sabíamos como resolver, indo de uma porta a outra até serem resolvidos.

Apesar de falar aqui um pouco sobre as dificuldades encontradas, me deparei com caminhos para superação, sempre buscando aprender mais e trazer melhores resultados de saúde para nossa comunidade.

Com intervenções como esta que desenvolvemos, o sistema de saúde fica fortalecido porque envolve não somente o médico, mas também toda a equipe de saúde e todos os trabalhadores de saúde.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e *Diabetes mellitus* (DM): protocolo /Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. Área Técnica de Diabetes e Hipertensão Arterial. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL, Ministério da Saúde do. Manual de Estrutura Física de UBS-SF2ªEdMS2008. Portaria N°4. 217de 28 de Dezembro de 2010.

BRASIL, Ministério de Saúde. Caderno de Atenção básica 36. Diabetes Mellitus. Brasília 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na atenção básica. Brasília, 2012. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, v. 2).

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. Diabetes Mellitus tipo 2: diretriz de atenção à pessoa com Diabetes Mellitus. Curitiba, 2010.

APÊNDICES

Orientação Nutricional Para o Hipertenso

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL-HIPERTENSÃO

- ✓ Ingerir ao menos 6 a 8 copos de água por dia; ;
- ✓ Mastigar bem os alimentos;
- ✓ Iniciar as refeições pelos legumes e verduras;
- ✓ Manter o peso adequado;
- ✓ Dar preferência para carnes magras e retirar a gordura visível das carnes e também a pele da carne de frango;
- ✓ Evitar frituras dar preferência para assados grelhados ou cozidos;
- ✓ Substituir leite integral por leite desnatado;
- ✓ Preferir queijos brancos e desengordurados;
- ✓ Utilizar nas preparações óleos vegetais como: de soja, milho girassol, canola, oliva e outros.
- ✓ Utilizar temperos como: orégano, cheiro verde, louro, alho, cebola, limão e diminuir a quantidade de sal nas preparações;
- ✓ Deve-se evitar molhos de tomate, azeitonas, pickles, salsicha, pepinos e outros enlatados;
- ✓ Evitar embutidos como: salame, lingüiça, mortadela, apresuntado, calabresa, e outros;
- ✓ Salgados como: carne seca, toucinho, bacon defumado, caldos e outros;
- ✓ Evitar queijos amarelos, nata, creme de leite, requeijão;
- ✓ Utilizar pão integral ou de centeio ao invés de pão salgado;
- ✓ Fazer exercícios regularmente;

Alimentos proibidos: chá preto, café chá mate, guaraná natural, refrigerantes à base de cola;



Vigilância Alimentar e Nutricional

Orientação Nutricional Para o Diabético

ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL-DIABETES

- ✓ Faça de 5 a 6 refeições por dia, de preferência de 3 em 3 horas, com pequena quantidade de alimento em cada uma delas. Refeições em horários irregulares podem levar a uma possível hipoglicemia.
- ✓ Fazer as refeições em local calmo e tranquilo.
- ✓ Utilizar a medicação prescrita (insulina ou hipoglicemiantes orais) nas doses e horários indicados.
- ✓ Utiliza o mínimo de gordura possível no preparo das refeições.
- ✓ Para adoçar use adoçante (aspartame, ciclamato, sacarina).
- ✓ Consuma alimentos ricos em fibras tais como: frutas, verduras, legumes, cereais integrais.
- ✓ Iniciar as refeições pela salada crua.
- ✓ Evite carnes gordas, bacon, torresmo, embutido (presunto, salame, salsicha, mortadela), banha de porco, gordura de coco, creme de leite e alimentos preparados com muito óleo.
- ✓ Dê preferência à margarina ao invés da manteiga, o leite e o iogurte desnatado ao invés do integral, os queijos brancos (ricotas e minas fresco) ao invés dos amarelos (prato e mussarela).
- ✓ Prefira corte de carnes magros e retire a gordura visível da carne e pele das aves e o couro dos peixes.
- ✓ A perda de peso para aquelas pessoas que estão acima do seu peso ideal (excesso de peso ou obesidade) contribui para melhor controle da glicemia.
- ✓ Faça atividade física regularmente (se possível 5 vezes por semana até atingir 1 hora), pois ajuda a diminuir o nível de glicose (açúcar) no sangue e ajuda a perder peso, controlando o diabetes.

Alimentos Não Permitidos: Açúcar, mel, melado, chocolates, geléia, rapadura, geléia e doces em geral; Refrigerantes, cerveja, vinhos doces, licores, cidra e bebidas alcoólicas em geral; Frutas em conservas (ameixa em calda, abacaxi em calda, etc...); Suco de frutas industrializado; Gelatina, tortas, biscoitos recheados, pudins, etc



Vigilância Alimentar e Nutricional

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 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

Anexo E – Cartão de Controle

Dados de confirmação		Controle Pessoal	
Datas:			
Glicemia:			
Pressão Arterial:			
Cintura:			
Peso:			
Altura:			

Cartão de Controle da Pressão Arterial

Nome: _____

Unidade de Saúde: _____

PA: _____ / _____ mmHg

RETORNAR para CONFIRMAÇÃO:

SIM () NÃO ()

**Este é o seu cartão saúde.
Guarde-o após a campanha**

MINISTÉRIO DA SAÚDE



Cuidado com a pressão alta.

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997



Secretaria
Municipal
de Saúde

