

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção aos Hipertensos e Diabéticos na Unidade Básica de
Saúde Otávio Mendes Frazão, Prata do Piauí/ PI**

Jefferson Nunes de Freitas

Pelotas, 2015

Jefferson Nunes de Freitas

**Melhoria da Atenção aos Hipertensos e Diabéticos na Unidade Básica de
Saúde Otávio Mendes Frazão, Prata do Piauí/ PI**

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

Orientador: Guilherme Ávila Salgado

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

F863m Freitas, Jefferson Nunes de

Melhoria da atenção ao hipertenso e diabético na
Unidade Básica de Saúde Otávio Mendes Frazão, Prata do
Piauí, PI / Jefferson Nunes de Freitas ; Guilherme Salgado,
orientador. — Pelotas, 2015.

51 f.

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

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

CDD : 362.14

Dedico este trabalho a Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades, aos meus pais, minha esposa e minha filha.

Agradecimentos

A minha esposa, grande incentivadora para que eu não desistisse dos meus sonhos.

A minha querida filha, pelo carinho e incentivo que me fazem continuar sempre.

Aos meus pais, pela minha existência e ajuda.

À minha família, pelo incentivo.

E a Deus, por ter me concedido o privilégio de construir uma família maravilhosa e realizar este grande desafio.

Obrigado

Resumo

FREITAS, Jefferson Nunes de. **Melhoria da atenção ao hipertenso e diabéticos na Unidade Básica de Saúde Otávio Mendes Frazão, Prata do Piauí/ PI.** 2015.

76f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O Diabetes Mellitus e a Hipertensão Arterial Sistêmica estão relacionados a várias complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas e, também, à morbidade e mortalidade das pessoas. Desta forma, o Ministério da Saúde apresentou o plano para reorganizar a atenção à Hipertensão Arterial e a Diabetes Mellitus, um sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos atendidos pelo SUS. Este trabalho trata-se de uma ação, realizada na Unidade Básica de Saúde Otávio Mendes Frazão em Prata do Piauí/PI, com o objetivo de melhorar a cobertura de atendimento para hipertensos e diabéticos, como também melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos dos usuários da unidade. Ao longo da intervenção foi realizado mais 19 cadastros de hipertensos e 5 usuários com diabetes, totalizando no final da intervenção 159 pacientes com hipertensão e 42 pacientes com diabetes. As ações realizadas incluíram o cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na unidade, o acompanhamento mensal dos usuários e seus indicadores, a formação de grupo de discussão, a realização de exame clínico e solicitação os exames complementares. No início da intervenção obteve-se uma cobertura de 61,4% mas no final da intervenção, já com 159 usuários cadastrados com hipertensão, atingindo uma meta de 69,7% de cobertura. Em relação aos diabéticos, no início da intervenção obteve-se uma cobertura de 66,1% e no final de intervenção houve uma melhora da participação, já tinha 42 pacientes cadastrados, atingindo uma meta de 5%. Espera-se que a gestão apoia a iniciativa e dê força a este tipo de ação, que seja estabelecida uma rotina de ações com a equipe de saúde contribuindo para a continuidade e aperfeiçoamento já desenvolvido e voltada sempre para a melhoria da população.

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

Lista de Figuras

Figura 1 - Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.	48
Figura 2 - Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.	Erro! Indicador não definido. 48
Figura 3 - Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	Erro! Indicador não definido. 49
Figura 4 - Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	Erro! Indicador não definido. 49
Figura 5 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	Erro! Indicador não definido. 50
Figura 6 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	Erro! Indicador não definido. 50
Figura 7 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.....	51
Figura 8 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.....	Erro! Indicador não definido. 51
Figura 9 - Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	Erro! Indicador não definido. 52
Figura 10 - Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	52
Figura 11 - Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.	53
Figura 12 - Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.....	Erro! Indicador não definido. 53
Figura 13 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	54
Figura 14 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	54
Figura 15 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	Erro! Indicador não definido. 55
Figura 16 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	Erro! Indicador não definido. 55
Figura 17 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.....	Erro! Indicador não definido. 56

Figura 18 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável..... **Erro! Indicador não definido.**56

Figura 19 - Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular.....	Erro! Indicador não definido.	57
Figura 20 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.....	Erro! Indicador não definido.	57
Figura 21 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....		58
Figura 22 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....		58
Figura 23 - Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal		59
Figura 24 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.		59

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AVC - Acidente Vascular Cerebral

DM - Diabetes Mellitus

ESF - Estratégia Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IAM - Infarto Agudo do Miocárdio

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	09
1 Análise Situacional.....	11
1.1 Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	12
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	17
2 Análise Estratégica	18
2.1 Justificativa.....	18
2.2 Objetivos e Metas.....	20
2.2.1 Objetivo Geral	20
2.2.2 Objetivos Específicos.....	20
2.2.3 Metas da intervenção.....	20
2.3 Metodologia.....	22
2.3.1 Detalhamento das ações	22
2.3.2 Indicadores	32
2.3.3 Logística.....	37
2.3.4 Cronograma	40
3 Relatório da Intervenção.....	41
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas.....	41
3.2 Ações que não foram desenvolvidas integralmente	44
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados.....	44
3.4 Análise da possibilidade de incorporação da intervenção na rotina da unidade	46
4 Avaliação da Intervenção.....	47
4.1 Resultados	47
4.2 Discussão.....	59
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	61
4.4 Relatório da intervenção para comunidade.....	64
5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem	67
Referências	69
Anexos	70

Apresentação

O presente volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho foi constituído por uma intervenção em campo com o objetivo de melhorar a atenção a saúde do hipertenso e diabético na unidade básica de saúde da família Otávio Mendes Frazão, no município de Prata do Piauí / PI. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho, construídas de maneira independente entre si, mas sequenciais e interligadas.

No primeiro capítulo observamos a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso. Tratando-se de como se encontra a UBS no início do serviço médico, com realização de levantamento de problema; relata sobre a situação após alguns meses do início do serviço, como também um comparativo do relato inicial com o relato após alguns meses.

No segundo capítulo é apresentada a análise estratégica por meio da construção de um projeto de intervenção que ocorreu ao longo da unidade 2. apresentando a justificativa da realização da intervenção, os objetivos e metas e a metodologia usada.

O terceiro capítulo apresenta o relatório da intervenção realizada ao longo de 12 semanas durante a unidade 3 do curso. Contendo as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações que não foram desenvolvidas integralmente, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e a análise da possibilidade de incorporação da intervenção na rotina da unidade

No quarto capítulo encontra-se a avaliação dos resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos indicadores de saúde, construídos ao longo da unidade 4. Apresenta ainda a discussão dos resultados, um relatório da intervenção destinado para os gestores e um relatório da intervenção destinado para a

comunidade.

No quinto e último capítulo apresenta uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implementação da intervenção. Finalizando o volume, estão os anexos e apêndices utilizados durante a realização deste trabalho.

O Curso de Especialização em Saúde da Família teve seu início no mês março de 2014, quando começaram a serem postadas as primeiras tarefas; sua finalização ocorreu no mês de fevereiro de 2015, com a entrega do volume final do trabalho de conclusão de curso, aqui apresentado e a defesa do título.

1 Análise Situacional

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

Sobre a ESF do serviço em que estou trabalhando, na cidade só havia uma equipe de saúde da família, agora que foi criada a segunda, da qual faço parte e ainda está na fase de implantação. O prédio não está terminado, vivemos no improvisado.

O atendimento que seria na UBS funciona, por enquanto, no hospital e no ambiente reservado para a farmácia também funciona o consultório médico; não tendo assim privacidade para os pacientes, por conta da funcionária da farmácia. Além disso, a sala não tem maca para examinar o paciente, quando há necessidade de realizar o exame físico do paciente precisa-se deslocar para um leito de internação. A enfermeira atende na sala de curativo, não temos ainda o dentista, ganhamos agora a técnica de enfermagem.

As consultas médicas são todas por livre demanda, mas recentemente realizamos uma reunião com os agentes de saúde, para explicar as possíveis mudanças na forma de atendimento e para apresentação de mais um agente. Na farmácia ainda falta muitos medicamentos e necessitando de um melhor gerenciamento destes fármacos.

Até pouco tempo, não existia nenhuma forma de armazenamento de dados dos pacientes da ESF, não se tinha a preocupação de fazer as marcações das consultas médicas por grupos, havia apenas a livre demanda.

Começamos os atendimentos sem os livros com registros de quem são os hipertensos, os diabéticos, os portadores de psicose, os acamados, os deficientes físicos, em fim, não existiam de fato; eram contabilizados manualmente em uma reunião com cada agente de saúde, quando precisava desses valores. Após a avaliação do município para receber o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e

da Qualidade da Atenção Básica (PMAC) em fevereiro desse ano, passou-se a ter registros destes dados dos pacientes.

Os problemas existem e são muitos, mas toda dificuldade estão presentes para serem superadas. Após esta visita do PMAC, tanto a gestão, quanto os profissionais estão entusiasmados com as possíveis mudanças que podem acontecer. Alguns profissionais estavam um pouco incrédulos quanto as mudanças, mas com a abertura da segunda UBS, estes sentimentos estão mudando. Quem observa a situação de fora, pode achar que são muitos os problemas a serem resolvidos, mas tanto a gestão, quanto os profissionais estão interessados em enfrentar os novos desafios e tentar resolvê-los.

O processo de trabalho está caminhando a passos curtos, mas todos estão esperando a finalização do prédio da UBS para realmente começar as atividades, somente poucas rotinas já foram modificadas. Antes como só existia uma UBS, cada agente de saúde trabalhava individualmente, com livre demanda, sem seguir um cronograma. Agora estamos implementando um cronograma e uma rotina, para facilitar o trabalho, mas ainda existem algumas resistências de alguns agentes de saúde com as novas mudanças.

Já, em relação a comunicação com a comunidade, está sendo bastante proveitosa, as pessoas do município são muito receptivos e acolhedores. A comunidade está muito esperançosa com as mudanças que estão acontecendo. Há quase quatro meses, a ESF mal funcionava, ficavam muito tempo sem assistência médica.

Com o programa Mais Médico, já se tem o médico estrangeiro na cidade há algum tempo, apesar de se observar uma certa resistência da população no atendimento com o mesmo. Entretanto, com o PROVAB, está sendo instalado a segunda UBS no município e com isso, a população tem demonstrado muita satisfação. Ainda, persistindo insatisfação com a falta constante de medicamento, mas são desafios que estão presente, mas deverão serem superados.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Na cidade de Prata do Piauí, município do estado piauiense, apresenta oficialmente segundo IBGE (2010) 3085 habitantes, a cidade ainda é provinciana e o desenvolvimento é muito lento. Na cidade só existia uma unidade mista mal

estruturada, onde só funcionava uma UBS. Ha cerca de 3 meses foi contemplada com mais uma UBS, que eu estou trabalhando. O município está também estruturando um NASF, mas infelizmente ainda não está em funcionamento. A cidade também não tem Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), a cidade é muito pequena e não disponibiliza de atenção especializada. Os únicos médicos da cidade são da UBS, o único serviço hospitalar disponível são da unidade mista, que como atualmente as duas UBS funciona na unidade mista, todo o serviço de hospitalização fica a cargo dos médicos da UBS. Com relação a disponibilidade de exames complementares, só existe os básicos como: hemograma, glicemia de jejum, lipidograma, sumário de urina, parasitológico de fezes, onde os mesmos só são realizado no sábado, quando vem uma equipe de um laboratório fazê-lo; vale ressaltar que no mês de maio foi suspenso tipo de marcação de exames pela prefeitura.

A UBS que trabalho (Otávio Mendes Frazão) é de zona urbana, mas como na cidade não tem UBS de zona rural, nossa unidade faz ate atendimento desta população, inclusive com realização de visita domiciliar. O prédio da UBS Otávio Mendes Frazão ainda está em construção e, por enquanto, funciona na Unidade Mista, não existe um vínculo direto com as instituições de ensino, mas ha realizações de ações programada em escolas. O modelo de atenção adotada é a Estratégia Saúde da Família baseado do Ministério da Saúde, a cidade só possui duas equipes de saúde da família, composta por médicos, enfermeiros, agentes comunitário de saúdes, técnico de enfermagem, dentista e técnico de saúde bucal. Vale ressaltar que a minha equipe não tem dentista e nem técnico de saúde bucal, conforme a gestão de saúde, a contratação desses profissionais ainda podem demorar, pois os equipamentos odontológicos ainda estão em processo de licitação.

A UBS Otávio Mendes Frazão, como já comentado, está em fase de construção; na verdade é um ponto comercial e mais a garagem que estão sendo adaptada para ser uma UBS. O posto só existe 3 salas: um para a enfermeira, um para o médico e o outro para o dentista (que não tem); uma recepção pequena que deverá acomodar mais ou menos 10 a 15 pessoas e nenhum dos consultórios possuirão banheiros. O posto só possuirá um banheiro coletivo para homens, mulheres e funcionários e não é adaptado para cadeirante. A unidade não se tem sala de vacina e muito menos sala de sutura e ao questionar para a gestão porque não serão feitas, a justificativa que ouvi, é que a cidade é pequena e não ha

necessidade de criar mais um espaço para estas atividades, pois as mesmas já funcionam na unidade mista. Materiais como autoclave, foco de luz, estufa, geladeira para vacinação, materiais para curativos, fita métrica, oftalmoscópio, lanterna não tem no posto; outros materiais básicos para uma consulta como: estetoscópio e tensiômetro e otoscópio não tinha há 15 dias e eu levava alguns dos meus próprios materiais para as consultas. Para solucionar alguns destes problemas, já repassei para gestão uma relação de materiais e o que deve-se ter em uma UBS para ocorrer um bom atendimento, os mesmos mostraram bastantes prestativos e já se foram providenciados alguns dos meus pedidos.

Algumas das atribuições da equipe estão prejudicadas, pois não temos os profissionais para realizar a parte de saúde bucal, um ponto bastante relevante, pois a cidade é provinciana e muitos vivem de subsistência ou a custa da prefeitura ou de benefício e os cuidados com a saúde bucal são precárias. O posto da UBS já vai ser inaugurado com algumas limitações quanto a algumas das atividades a serem desenvolvidas como: curativo, nebulização, vacinação por justamente não ter local destinado e outras atividades como: reuniões, palestras e orientações educacionais e cuidados de saúde são limitados por conta do espaço físico ser pequeno. Segundo a gestão, futuramente será construído a sede própria da UBS e os mesmos informaram que construirão conforme os padrões de uma unidade básica de saúde e que tão logo vão contratar os profissionais para a saúde bucal.

Ainda não tenho o número preciso de habitantes atendidas pela unidade, estes dados estão sendo levantados pelos agentes de saúde, mas a expectativa é que teremos aproximadamente 1500 habitantes na área adstrita. O posto de saúde da UBS Otávio Mendes Frazão ainda não foi inaugurado, mas analisando o volume de atendimento que se é realizado, o espaço físico do posto vai ficar aquém em alguns dias de atendimento. Com relação às atividades e o tamanho do serviço prestado, a equipe consegue suprir as necessidades.

Infelizmente existem muitas dificuldades em relação ao sistema de acolhimento, pois o mesmo só é realizado pelos médicos, enfermeiros e algumas vezes pelos técnicos de enfermagem. Não existe um sistema de triagem, se o paciente precisar de atendimento, tem que aguardar na fila, pois mais de 75% do atendimento é de demanda espontânea. A UBS só funciona de segunda a quinta nos turnos da manhã e tarde, em quanto tiver médico. Ainda não possui um consultório, os atendimentos são realizados na sala da farmácia, onde existe a

funcionaria que faz a dispensa das medicações e a todo momento entra uma pessoa para receber a medicação. Desta forma, não se pode realizar um acolhimento de forma ideal. Estes problemas serão minimizados no momento em que o posto for inaugurado e começar a ser realizado as marcações de consulta.

No tocante à saúde da criança, muitas das ações são desenvolvidas de forma excelente como: vacinação e orientação quanto a imunização, orientação quanto o aleitamento materno exclusivo e orientações quanto aos cuidados com os recém-nascidos. O protocolo adotado é o do caderno saúde da criança: crescimento e desenvolvimento do Ministério da Saúde, mas infelizmente não se tem um registro específico destinado só para a saúde da criança; as anotações são realizados de forma padrão como se fosse qualquer outro atendimento. Sobre a cobertura da atenção à saúde da criança é realizado de forma satisfatória e a adesão da população às ações propostas são excelente, pois a maioria da população vivem atrelado à bolsa família e o medo de perder o benefício é muito grande. Desta forma, muito das ações e atividades de educação em saúde são realizados de forma programad e com boa adesão da população.

Em relação as atividades de atenção ao pré-natal são bem observadas e acompanhadas pela equipe, sempre é feito as orientações quanto a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação; é realizado o cadastramento da gestante no SisPré-Natal e fornecido o cartão da gestante, sempre são solicitar exames complementares pertinentes. O protocolo adotado é o do caderno pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde e este felizmente cotamos com um registro das gestantes e assim podemos acompanhá-las de forma mais satisfatório. A cobertura da atenção à gestante e a adesão da população às ações propostas são satisfatório e o índice de faltosos e atraso nas consultas são baixo e em relação ao planejamento das ações e participação de atividade educativa temos uma boa adesão.

Sobre a prevenção do câncer de colo de útero e controle do câncer de mama são realizados várias ações o tema como: a consulta e a coleta do exame citopatológico de acordo com a faixa etária, a realização do exame clínico das mamas, a solicitação mamografia e exame complementar de ultrassonografia, e tratamento de DSTs. Foi adotado o protocolo do Ministério da Saúde que está presente no caderno de controle dos cânceres do colo do útero e da mama, mas não se tem um registro formal dos atendimento voltado para este programa e as

anotações são realizados de forma padrão como se fosse qualquer outro atendimento. À adesão da população às ações propostas é relativamente satisfatório, mas as ações de atividade educativa ainda se tem uma baixa adesão e possui muita faltas. A participação dos diferentes membros da equipe de saúde são ótima, sempre se tem a preocupação de captar os faltosos a participar das ações e realizar as consultas.

No tocante à atenção aos hipertensos e diabéticos são realizados várias ações e intervenções deste consulta médica para a avaliação inicial da pessoa com hipertensão arterial sistêmico e diabetes, realização de avaliação do risco cardiovascular, exames laboratoriais pertinentes lipidograma, monitorização da glicemia e além de tratamento não medicamentoso e medicamentoso. Foi adotado o protocolo do Ministério da Saúde que está presente no caderno de estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmico e diabetes mellitus, e o programa conta com um registro próprio para estes públicos e o processo de monitorização pela equipe é bem regular. A cobertura da atenção e a adesão da população às ações propostas é boa, apresenta uma satisfatória qualidade de registro, mas o processo de acompanhamento da saúde destes grupos estão prejudicado temporariamente, pois ha um mês a gestão não autoriza a realização de exames de rotinas. A participação das atividades de educação em saúde é regular, mas a participação dos diferentes membros da equipe de saúde e o seu engajamento com o programa são ótimos, existe muita atenção com os faltosos e o correto uso de medicamentos.

Em relação as atividades desenvolvida à saúde dos idosos são bem observadas e acompanhadas pela equipe, os mesmos estão sempre realizando as orientações quanto a importância de uma boa alimentação, a importância de fazer atividade física regular, realizar da vacinação, orientação quanto a depressão e prevenção de quedas. Foi adotado o protocolo do Ministério da Saúde que está presente no caderno de envelhecimento e saúde da pessoa idosa, mas o mesmo não conta com um registro próprio para o programa e a “Caderneta do Idoso” é mal registrado, nem todos os idosos têm, também não os têm para fazer distribuição. Em relação à cobertura da atenção à saúde dos idosos, ela é ótima e à adesão da população às ações propostas é boa, as atividades educacionais têm uma participação satisfatória. Os diferentes membros da equipe de saúde tem uma boa adesão ao programa, sempre procuram realizar suas atividades e realização das

visitas domiciliares.

Os maiores desafios no momento são o espaço físico do posto e a organização da unidade, pois como a UBS Otávio Mendes Frazão foi criado há cerca de 3 meses e a redivisão dos agentes de saúde e a relocação das famílias para cada agente, ainda detêm muitos problemas, principalmente com relação com os desaparecimentos das fichas de acompanhamento dos pacientes. Ao se fazer os questionários dos cadernos de ações programadas, me surpreendeu como distante a minha unidade está para uma realidade de como funciona uma unidade básica de saúde. Observando a situação da unidade básica de quando se iniciou, das muitas expectativas que se tinha, infelizmente pouca coisa mudou e o retorno com as solicitações junto com a gestão são atendidas de forma muito lentas, mas das poucas coisas que mudou foram graças ao empenho dos diversos membros da equipe de saúde, que acataram a proposta de fazer mudanças na nossa comunidade.

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

Comparando a análise situacional inicial com o relatório da situação do município após alguns meses, pode-se observar mais problemas existentes na comunidade que antes não eram visualizados pela falta de convivência com a comunidade. Agora com um maior engajamento não somente com a equipe, mas também com a comunidade, pode-se verificar os problemas vivenciados pela comunidade.

O desafio agora não é somente os problemas estruturais da unidade, mas os problemas da comunidade, a melhoria do engajamento público, o comodismo dos profissionais, a falta de uma equipe completo. O que se tem de recurso para mudar a realidade vivenciada são a conscientização da equipe e o desejo e o interesse de melhorar a realidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes *Mellitus* (DM) estão relacionados as várias complicações cardiovasculares, encefálicas, coronarianas, renais e vasculares periféricas e, também, à morbidade e mortalidade das pessoas.

A HAS é considerado um grave problema de saúde pública não somente no Brasil como também no mundo. De acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia (2010), a prevalência, no Brasil, varia entre 22% e 44% para adultos, chegando a mais de 50% nos indivíduos com 60 a 69 anos e 75% naqueles com mais de 70 anos.

Já a prevalência de DM, nos países da América Central e do Sul, foi estimada em 26,4 milhões de pessoas e projetada para 40 milhões, em 2030. Nos países em desenvolvimento, este aumento ocorrerá em todas as faixas etárias, sendo que no grupo de 45 a 64 anos, a prevalência será triplicada e, duplicada, nas faixas etárias de 20 a 44 anos e acima de 65 anos (INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION, 2012). Desta forma, medidas de controle fazem-se necessárias para que haja promoção e prevenção das doenças crônicas citadas anteriormente.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Otávio Mendes Frazão, foi criada em março de 2014 e o posto de saúde encontra-se inacabado. A mesma só funcionará com três consultórios, um para a enfermeira, um para o médico e outro para o dentista, não existindo sala de curativo ou de qualquer outro procedimento.

A cidade de Prata do Piauí possui, oficialmente, segundo IBGE (2010), 3085 habitantes e a UBS ficou responsável por atender a metade da população, ou seja, cerca de 1.500 pessoas. Esta população apresenta um grande número de hipertensos e diabéticos, com índices irregulares de cobertura e de qualidade, segundo a proposta do programa definido pelo Ministério da Saúde. Em nenhum

desses usuários é realizada estratificação de risco cardiovascular, além do que, a saúde bucal encontra-se comprometida por falta de profissional especializado.

A população-alvo, a ser beneficiada pelas ações propostas no projeto de intervenção, serão os hipertensos e diabéticos, cadastrado na UBS Otávio Mendes Frazão. Poderão participar da ação programática tanto os hipertensos e diabéticos já cadastrados no Programa de Atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos, quanto aqueles que, ainda, não são cadastrados. A cobertura de diabéticos representa 78% da população, enquanto a de hipertensos é de 58%. Os índices de qualidade são irregulares, pois alguns dos propostos no Programa de Atenção à Saúde de Hipertensos e Diabéticos não são realizados.

No tocante à expectativa de vida, para aquelas pessoas que possuem Diabetes tipo 1, há uma queda referente à 15 anos, em média. Já para aquelas portadoras de Diabetes tipo 2, esse número cai para uma média 5 a 7 anos. Os adultos, com Diabetes 2, possuem até quatro vezes mais chances de serem acometidos por doenças cardiovasculares, amputações de membros inferiores não-traumática, cegueira irreversível, doença renal crônica e, em mulheres, partos prematuros e mortalidade materna (BRASIL, 2006a).

A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como: doenças cérebro-vasculares; doença arterial coronariana; insuficiência cardíaca; doença renal crônica; doença arterial periférica. Portanto, faz-se necessário a intervenção a fim de minimizar agravos e programar ações pertinentes à redução progressiva da letalidade que essas patologia pode vir a oferecerem (BRASIL, 2006b).

Devido ao que foi exposto e com o objetivo de modificar a realidade da população, propõe-se a realização das ações em saúde, as quais poderão minimizar possíveis sequelas relacionadas à HAS e DM. Ressalta-se que a realização dessa intervenção, na unidade Otávio Mendes Frazão, corroborará para uma melhoria na assistência em saúde aos diabéticos e hipertensos, pois, atualmente, não existem algumas ações propostas, pelo Ministério da Saúde, como a promoção da saúde através de palestras, a realização de avaliação de risco cardiovascular e avaliação de saúde bucal.

Destarte, para a realização dessa intervenção, contar-se-á com uma equipe que está em formação, mas que anseia por mudanças na saúde e no bem-estar da população.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde ao Hipertensos e Diabéticos na Unidade Básica de Saúde Otávio Mendes Frazão, no município de Prata do Piauí/PI.

2.2.2 Objetivos Específicos

1 - Melhorar a cobertura de atendimento para hipertensos e diabéticos dos usuários da Unidade Básica de Saúde Otávio Mendes Frazão.

2 - Melhorar a qualidade da Atenção a hipertensos e diabéticos dos usuários da Unidade Básica de Saúde Otávio Mendes Frazão.

3 - Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos residentes na área de cobertura da UBS

4 - Melhorar o registro das informações referentes aos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.

5 - Mapear hipertensos e diabéticos com risco para doença cardiovascular.

6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.

2.2.3 Metas da intervenção

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

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

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao 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 da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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 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 usuários hipertensos.

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Trata-se de um estudo com abordagem comparativa e descritiva a partir dos dados coletados. Estes dados foram submetidos a uma análise comparativa e descritiva e os mesmos foram apresentados em Tabelas de Distribuição de Frequência e Gráficos. Os dados foram tabulados através do Programa Microsoft® Excel 2010. O presente estudo utilizou como elemento amostral, pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS Otávio Mendes Frazão, município de Prata do Piauí - PI. A coleta de dados durou 12 semanas e o instrumento de coleta foi uma ficha-espelho (Anexo2) proposta pelo Programa de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas. A partir do atendimento diário dos pacientes cadastrados previamente e durante busca ativa nas 12 semanas, as fichas-espelho (Anexo 2) foram preenchidas a cada atendimento. Os seus dados foram tabulados semanalmente em planilhas de coleta de dados (Anexo3) propostas pela UFPel.

2.3.1 Detalhamento das ações

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

área de cobertura da UBS Santa Rosa.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Acompanhar o número de hipertenso e diabético com a planilha de coleta de dados (Anexo3) diariamente de todos os pacientes cadastrados e se houver algum que não esteja, farei o cadastramento. No final de cada mês será levado um relatório para o setor de estatística da secretaria de saúde para incluir no cadastramento no SIAB.

Organização e gestão do serviço:

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

Melhorar o acolhimento para os usuários portadores de HAS e DM.

Detalhamento: Toda a equipe é responsável pela ação de acolhimento, onde se iniciará pela recepcionista da unidade, que também é responsável em fazer o registro inicial na ficha dos usuários, verificando o cadastrado.

Ação: Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento: Solicitar junto com o gestor municipal de saúde a viabilização do material necessário para a realização da intervenção.

Engajamento público:

Ações: Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus;

Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente;

Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80mmHg;

Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Palestrar nos grupos de hipertensos e diabéticos na própria UBS antes do atendimento médico e de enfermagem. Estas palestras serão dadas pelo médico e enfermeiro. Informar no final das missa na igreja da comunidade sobre existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Qualificação da prática clínica:

Ações: Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde;

Capacitar a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito;

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

Detalhamento: Será realizado por mim, médico na 1ª semana através de uma oficina de capacitação.

Objetivo 2: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos acolhidos na UBS Santa Rosa.

Monitoramento e avaliação:

Ações: Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos;

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

Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Será utilizado para monitorar a realização de exame clínico e exames laboratoriais a ficha espelho (Anexo 2), como também o acesso dos usuários a medicação. Também será alimentada semanalmente os atendimento na planilha de coleta de dados (Anexo 3) permitindo um maior monitoramento.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de

pacientes hipertensos e diabéticos;

Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade;

Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais;

Disponibilizar versão atualizada do protocolo impressa na unidade.

Detalhamento: Será realizado na 1ª semana de intervenção uma capacitação de aprendizado pelo médico da intervenção onde fará as atribuições de cada membro da equipe, assim como o estudo dos protocolos.

Na 1ª, 5ª e 9ª semana será realizada atualização da equipe e retirada de eventuais dúvidas das ações.

Será impresso uma versão atualizada do protocolo e disponibilizado na unidade.

Ações: Garantir a solicitação dos exames complementares;

Garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo;

Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Pactuar com o gestor municipal de saúde a viabilização de todos os exames necessários de acordo como protocolo para os paciente hipertenso e diabético.

Ações: Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos;

Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Será realizada pelo técnico de farmácia. O mesmo terá cópia da planilha de todos os pacientes já cadastrados e assim que o paciente pegar a medicação o mesmo fará um check-list na planilha. A técnico de farmácia fará mensalmente uma verificação dos estoque e validade do medicamentos.

Engajamento público:

Ações: Orientar os usuários e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente;

Orientar os usuários e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares. / Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares;

Orientar os usuários e a comunidade quanto aos seus direitos em ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento: Palestras dadas pelo médico e enfermeiro antes dos atendimento no momento que os pacientes estão aguardando a triagem.

Qualificação da prática clínica:

Ações: Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado;

Capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares;

Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão. / Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Será feita por mim, médico na 1ª semana através de uma capacitação de aprendizado.

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

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Será utilizado a ficha espelho (Anexo 2) como principal forma de monitoramento da periodicidade das consultas e no final de cada dia será alimentada a planilha de coleta de dados (Anexo 3) e verificar a periodicidade das consultas dos usuários.

Organização e gestão do serviço:

Ações: Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos;

Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Será feita pela enfermeira da unidade juntamente com a técnica de enfermagem o agendamentos dos usuários domiciliados

Engajamento público:

Ações: Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas;

Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos);

Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Palestras dadas pelo médico e enfermeiro antes dos atendimento no momento que os pacientes estão aguardando a triagem.

Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Será feita por mim, médico na 1ª semana através de uma capacitação de aprendizado.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações referentes aos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: O monitoramento da qualidade dos registros será realizado pelo médico e enfermeiro ao final do dia do atendimento. E no caso de as fichas não estarem sendo preenchidas de forma correta, reunião deve ser agendada para o esclarecimento de dúvidas sobre o correto preenchimentos das fichas.

Organização e gestão do serviço:

Ações: Manter as informações do SIAB atualizadas;

Implantar planilha / registro específico de acompanhamento

Definir responsável pelo monitoramento registros;

Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de

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

Detalhamento: Ao final de cada mês um relatórios serão fornecidos a equipe de estatística da secretaria de saúde, juntamente com as ficha de cadastra do Ministério de saúde (Anexo1) para manter as informações do SIAB atualizadas. Uma cópia da planilha de coleta de dados com o nome de todos os usuários cadastrado será fornecido e conferida diariamente pelo recepcionista da unidade. Quando o paciente faltar a consulta a mesma já deverá comunicar para a enfermagem organizar a visita de busca de faltosos. Será utilizado a ficha espelho pelo médico e enfermeira para o controle dos exames complementares, estratificação de risco, avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Engajamento público:

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

Detalhamento: Palestras dadas pelo médico e enfermeiro antes dos atendimento no momento que os pacientes estão aguardando a triagem.

Qualificação da prática clínica:

Ações: Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso;

Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento: Será feita por mim, médico na 1ª semana através de uma capacitação de aprendizado.

Objetivo 5: Mapear hipertensos e diabéticos com risco para doença cardiovascular.

Monitoramento e avaliação:

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

Detalhamento: Será utilizado a ficha espelho para o monitoramento da

realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Esta verificação deverá ser feita no a cada consulto do usuário pelo médico e enfermeira e alimentada a planilha de coleta de dados para uma maior visibilidade desse monitoramento.

Organização e gestão do serviço:

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

Detalhamento: Pacientes que possuam alto risco cardiovascular terão prioridade no atendimento e como também prioridade no agendamento de suas consultas.

Engajamento público:

Ações: Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular;

Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Palestras dadas pelo médico e enfermeiro antes dos atendimentos no momento que os pacientes estão aguardando a triagem.

Qualificação da prática clínica:

Ações: 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 para os diabéticos;

Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação;

Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Será feita por mim, médico na 1ª semana através de uma capacitação de aprendizado.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos cadastrados no programa.

Monitoramento e avaliação:

Ações: Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e

diabéticos;

Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos;

Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos;

Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista.

Detalhamento:

Será utilizado a ficha espelho para o monitoramento da realização de orientação nutricional, orientação para atividade física regular, orientação sobre riscos do tabagismo e consultas periódicas anuais ao dentista.. Esta verificação deverá ser feita no a cada consulto do usuário pelo médico e enfermeira e alimentada a planilha de coleta de dados para uma maior visibilidade desse monitoramento.

Organização e gestão do serviço:

Ação: Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

Detalhamento: Será feita pela nutricionista cedida para a unidade nos dias de atendimento do hipertenso e diabético.

Ações: Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos;

Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física;

Detalhamento: Será feita pelo profissional de educação física cedida para a unidade nos dias de atendimento do hipertenso e diabético, onde será realizado em uma área verde da unidade com os usuário após o atendimento.

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

Detalhamento: Será solicitado pelo médico junto a gestão a medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Ação: Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético/ Estabelecer prioridades de atendimento

considerando a classificação do risco odontológico. / Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

Detalhamento: Será feita pelo médico e pela enfermeira da unidade durante as consultas uma inspeção da saúde bucal do usuários e organizado uma lista de pacientes, repassando a secretaria de saúde dos usuários que necessitam de atendimento odontológico. Será utilizado a ficha espelho para o acompanhamento.

Engajamento público:

Ação: Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Detalhamento: Palestras dadas pelo médico e enfermeiro antes dos atendimento no momento que os pacientes estão aguardando a triagem.

Ação: Orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular; sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Palestras dadas pelo médico e enfermeiro antes dos atendimento no momento que os pacientes estão aguardando a triagem.

Ação: Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde. / Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

Detalhamento: Será feita parceria com a igreja da comunidade, como também com os membros do conselho municipal de saúde para realizar informativos da intervenção. Solicitar em conjunto com a comunidade a disponibilização do atendimento com dentista.

Qualificação da prática clínica:

Ações: Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável;

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde;

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular;

Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Detalhamento: Palestras dadas pelo médico e enfermeiro antes dos atendimento no momento que os pacientes estão aguardando a triagem.

Ações: Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas. / Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde;

Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e diabético.

Detalhamento: Palestras dadas pelo médico e enfermeiro antes dos atendimento no momento que os pacientes estão aguardando a triagem.

2.3.2 Indicadores

A Unidade Básica de Saúde Otávio Mendes Frazão, foi criado no ano de 2014, na cidade de Prata do Piauí, que possui oficialmente segundo IBGE (2010) 3085 habitantes. Ainda não tenho um consultório, não tenho uma maca para melhor fazer um exame físico e realizo o atendimento na sala da farmácia com a presença da pessoa responsável pela distribuição dos medicamentos.

Antes a cidade só possuía uma Unidade Mista, onde possuía uma UBS a qual atendia toda a população, os dados adquiridos são baseados segundo as informações fornecidas pelo enfermeiro, pois não existem uma forma de registro formal sobre os Hipertensos ou Diabéticos e qualquer informação que se encontra, estão em folhas de prontuários comuns. Segundo o enfermeiro foi contabilizado empiricamente um total de 175 hipertensos com 20 anos ou mais residentes na minha área e indicador de cobertura apontado pelo Caderno de Ação Programática é de 301, com isso a UBS Otávio Mendes Frazão só possui 58% de cobertura para hipertensos. Ainda existe outro dado alarmante, em nenhum usuário é realizado a estratificação de risco cardiovascular, ou seja, 0%; e a avaliação de saúde bucal, só 80 usuários, ou seja, 46% estão em dia.

Os indicadores de cobertura da diabetes também não estão melhores, somente 67 (78%) usuários estão coberto pelo programa do Diabetes e o indicador de cobertura apontado pelo Caderno de Ação Programática define como um total de 86. Da mesma forma que ocorre com os hipertensos, ocorre com os usuários diabéticos, ou seja, 0% dos usuários são avaliados quanto ao de risco

cardiovascular por critério clínico e 0% dos usuários tiveram exames físico dos pés nos últimos 3 meses e 0% dos usuários tiveram medida da sensibilidade dos pés nos últimos 3 meses. Vale ressaltar que todos os dados são empíricos e muitos dos índices de qualidade devem estar subestimado.

Os cálculos dos indicadores serão da seguinte forma:

COBERTURA:

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

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.

QUALIDADE:

2.1. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

2.2. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

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.

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.

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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.

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.

ADESÃO:

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.

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.

REGISTRO:

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.

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.

AVALIAÇÃO DE RISCO:

5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco

cardiovascular.

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

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

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.

PROMOÇÃO DE SAÚDE:**6.1. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.**

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

6.7. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6.8. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

A população-alvo a ser beneficiada pela ação programática serão os hipertensos e diabéticos cadastrado na UBS Otávio Mendes Frazão. O trabalho tem como objetivo melhorar a Atenção ao Hipertenso e Diabéticos na Unidade Básica de Saúde Otávio Mendes Frazão, no município de Prata do Piauí/PI. Os protocolos adotados serão os Cadernos de Atenção Básica - ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus de 2013.

Segundo informações colhidas junto à equipe, já existe uma ficha de cadastro dos hipertensos e diabéticos, porém constata-se a subutilização desse instrumento e

há muito tempo não são atualizados ou realizados novos cadastros. Assim, pretende-se utilizar a ficha cadastral, já existente, como forma de registro dos usuários hipertensos e diabéticos (anexo 01). O registro será feito pelo médico, enfermeira e a técnica de enfermagem na própria UBS. O médico e a enfermeira farão os registros, dos novos hipertenso e diabéticos, durante as consultas. A ficha permite coletar vários dados como: identificação do usuário; dados clínicos do usuário; risco estratificado e quantificação de prognóstico; pressão arterial (mmhg), intercorrências desde da última consulta referidas pelo usuário; tratamento para Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus e exames solicitados. Para o acompanhamento individual dos usuários será utilizada a ficha espelho (anexo 02) proposta pela UFPEL. A ficha cadastral será revisada e preenchida a cada consulta pela Técnica de Enfermagem e Ficha espelho pelo médico e pela enfermeira na UBS a cada consulta. Os impressos das fichas serão fornecidos pela Secretaria de Saúde.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro, identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço nos últimos três meses. A profissional localizará os prontuários destes hipertensos e diabéticos e transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha do Programa. Ao mesmo tempo, realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso. Esta revisão será feita pela enfermeira a cada semana.

A equipe da UBS, já está ciente da proposta de intervenção, aprovou a a ideia e concordaram em ajudar na intervenção. Já foi exposto e discutido a análise situacional e o foco da intervenção para toda a equipe. Assim, começará a intervenção com a capacitação sobre o Caderno de Atenção Básica - ESTRATÉGIAS PARA O CUIDADO DA PESSOA COM DOENÇA CRÔNICA: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus para que toda a equipe tenha conhecimento e informação sobre o assunto. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto serão reservados duas horas ao final do expediente, no horário, tradicionalmente, utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe que, também, contribuirão com discussão do tópico.

Para garantir a melhoria do acolhimento, aos usuários portadores de HAS e DM, que buscarem o serviço, este será feito por toda a equipe da UBS. Usuários,

com alterações da pressão arterial ou com a glicemia capilar elevada, serão atendidos no mesmo turno para ampliar a captação precoce de hipertensos e diabéticos. Usuários com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento de intercorrências relacionadas à HAS ou ao Diabetes.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas de hipertensos e diabéticos serão utilizadas as consultas disponíveis para pronto atendimento, desta forma não haverá necessidade de alterar a organização da agenda. Em relação ao agendamento de usuários da busca ativa, serão reservadas cinco (5) consultas por semana. Usuários hipertensos e diabéticos, os quais buscarem consulta de rotina, terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que três (3) dias, sendo a técnica de Enfermagem e a recepcionista, da UBS, responsáveis pela marcação da consulta. Os usuários hipertensos e diabéticos sairão da UBS com a próxima consulta agendada.

Com o objetivo de melhorar o engajamento público e sensibilizar a comunidade entrar-se-á em contato com os representantes da comunidade das igrejas da área de abrangência, com os conselhos de saúde e apresentar-se-á o projeto esclarecendo a importância da realização da medição da pressão arterial e o rastreamento para Diabetes Mellitus. Será de responsabilidade dos agentes comunitários de saúde (ACS) comunicar junto à população, de sua respectiva micro-área, sobre o projeto. Com isso, requisitará a ajuda da população no sentido de ampliar a captação de hipertensos e diabéticos, além de esclarecerem a comunidade sobre a necessidade de priorização do atendimento deste grupo populacional.

Semanalmente, a enfermeira examinará a ficha espelho (anexo 02) do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus e identificará aquelas que estão com consultas, exames clínicos, exames laboratoriais em atraso. O agente comunitário de saúde fará busca ativa de todos os hipertensos e diabéticos em atraso. Ao fazer a busca já agendará o usuário para um horário de sua conveniência. Ao final de cada semana, as informações coletadas, na ficha espelho, (anexo 02) do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus serão consolidadas pelo médico na planilha eletrônica adotada pela UFPEL.

2.3.4 Cronograma

ATIVIDADES	SEMANAS											
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Hipertensos e Diabéticos	X											
Estabelecimento do papel de cada profissional na ação programática	X											
Cadastramento de todos de Hipertensos e Diabéticos da área adstrita no programa	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato com lideranças comunitárias para falar sobre a importância da ação programática do Programa solicitando apoio para a captação de Hipertensos e Diabéticos e para as demais estratégias que serão implementadas	X				X				X			
Atendimento clínico de Hipertensos e Diabéticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Grupo de Hipertensos e Diabéticos	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Capacitação dos ACS para realização de busca ativa de Hipertensos e Diabéticos faltosas	X											
Busca ativa de Hipertensos e Diabéticos faltosas às consultas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitoramento da intervenção	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Contato com a gestão para falar sobre a importância da ação programática, solicitando apoio para a captação de Hipertensos e Diabéticos e para as demais estratégias que serão implementadas	X				X				X			
Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Hiperdia e controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos			X			X		X		X		

3 Relatório da Intervenção

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

A HAS é considerado um grave problema de saúde pública por se tratar de doenças crônicas que estão relacionados as várias complicações coronarianas, encefálicas, cardiovasculares, renais e vasculares periféricas e, também, à morbidade e mortalidade das pessoas. Em virtude deste, foi proposto uma intervenção para a unidade básica de saúde Otávio Mendes Frazão almeja melhorar a cobertura de atendimento para hipertensos e diabéticos, como também melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos da unidade adstrita.

Foram atendidas 168 usuários durante o projeto de intervenção e as ações previstas para serem desenvolvidas durante o projeto foram todas cumpridas, apesar de em alguns pontos não chegar a uma posição de boa satisfação. A primeira alteração do cronograma ocorreu na primeira semana da intervenção. A equipe teve que se ausentar da unidade para realizar um treinamento na regional em outra cidade.

Desta forma, a ação de capacitar dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Hipertensos e Diabéticos foi cumprida integralmente, mas foi adiado para a semana seguinte, e a única dificuldade foi por conta do treinamento da equipe na regional. Mas, a pesar disso, uma reunião foi realizado com a equipe e a ação de estabelecer o papel de cada profissional na ação programática foi cumprida integralmente, com o objetivo de explicar novamente sobre a intervenção e o que facilitou foi pelo fato de já estávamos sempre conversando com toda a equipe sobre a intervenção. A pesar deste contratempo do treinamento da equipe, o restante das atividades desta primeira semana seguiu conforme o cronograma.

Estava previsto para ser realizado o cadastramento de todos os hipertensos e Diabéticos da área adstrita no programa durante todas as quatro primeiras semanas

em que ocorreria a intervenção e esta ação foi cumprida integralmente e o que facilitou foi o uso da ficha proposta pela UFPEL. No entanto, devido as atividades desenvolvidas durante a intervenção, estávamos sempre descobrindo novos hipertensos e diabéticos. Com isso ficou estabelecido na equipe que manteríamos este cadastramento não somente durante toda a intervenção, mas após o mesmo, pois este cadastramento serve não somente para a unidade ter uma melhor controle de seus pacientes, mas também para cadastrar estes pacientes no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, ao ponto que utilizamos tanto a ficha do programa HIPERDIA como a ficha proposta pela UFPEL para o nosso cadastro. Estes novos hipertensos e diabéticos estavam surgindo ao longo da intervenção devido a campanha que realizamos, que foram o mutirão da verificação da pressão arterial e da verificação da glicemia capilar. Estes mutirões visavam verificar tanto a PA como a glicemia de toda a população da nossa área adstrita com maior de 18 anos, o mesmo ocorreu durante toda segunda, quarta e sexta-feira das 7:30 da manhã ate 8:30, sendo que a pressão arterial pode ocorrer a qualquer horário.

Em relação aos contatos com lideranças comunitárias para falar sobre a importância desta ação programática e a solicitação de apoio para a captação de hipertensos e diabéticos tivemos uma boa participação e esta ação foi cumprida integralmente. A única dificuldade foi o contato pessoal com o padre, pois o mesmo só aparecia na cidade dia de domingo, para celebrar as missas, mas este problema foi contornado pela enfermeira, que morava na cidade e ficou encarregada de falar com o padre pessoalmente. As três ocasiões em que solicitamos apoio do padre da nossa comunidade, nós fomos atendidos, o mesmo realizava os avisos nas missas que ocorriam nos finais de semanas, falando da campanha de intervenção, sobre os mutirões e para os hipertensos e diabéticos agendassem as consultas e não faltassem aos mesmos. Foi realizado também reuniões com os membros do conselho municipal de saúde para falar da intervenção, os mesmos relataram que realizaram as divulgações em outros órgão municipais e também fizeram elogios e parabenizaram toda a equipe pela iniciativa realizada.

Os atendimentos clínicos aos hipertensos e diabéticos foram realizados integralmente, o que facilitou muito foi a rotina que já existia de toda terça-feira se o dia dedicado especialmente para os hipertensos e diabéticos.

Foi realizado uma pausa da intervenção entre o período correspondente da 3ª

e 4ª semana para fazer reajustes e adequações no projeto de intervenção. Foi um momento muito frustrante e de grande ansiedade para mim e para a equipe, apesar de saber que era necessário para o bom desenvolvimento da intervenção. Com o fato, tive uma percepção de como estava o engajamento da equipe e o andamento da intervenção. A equipe na verdade se comportou como se nada tivesse parado e continuaram a rotina de como estavam durante a intervenção. Os mesmos continuaram a realizar os cadastramentos, a organizar os grupos de discussões, as campanhas verificações de PA glicemia capilar, as buscas ativas semanal, tudo já estavam incorporado na rotina da equipe, que para mim foi um bom sinal da intervenção e que a pausa que no começo foi frustrante se tornou satisfatório.

No tocante a realização aos grupos de discussões sobre hipertensão e diabetes, os mesmos foram realizados integralmente e semanalmente antes de começar o atendimento aos hipertensos e diabéticos nas terças-feiras. O que facilitou muito foi a rotina de toda terça-feira ser dia do hipertenso e diabético e os pacientes chegarem sempre cedo. Eram realizados palestras sobre diferentes temas, mas sempre sobre hipertensão e diabetes, sobre os tipos de cada doença crônica, os principais sintomas, as principais complicações, sobre a realização de uma alimentação saudável, sobre a prática de atividade física e outros. Foi realizado e cumprido de forma integral a capacitação dos ACS para realização de busca ativa de hipertensos e diabéticos e o que facilitou foi uma rotina de realizar esta busca ativa a cada 15 dias, que após a capacitação ficou estabelecido que seria semanalmente. A busca ativa dos pacientes se deu de forma satisfatória; os agentes comunitários de saúde faziam a busca ativa dos pacientes que participam regularmente do programa semanalmente, a média de faltos eram de dois, e já no final da intervenção, estes faltosos que só remaravam suas consultas nas semanas seguintes, já estavam marcando as consultas de atraso na mesma semana do agendamento previsto. Isto demonstra a boa integração da equipe e a preocupação em ter um bom andamento da intervenção. Apesar de termos resgatado alguns pacientes que a muito tempo não frequentavam mais o programa, infelizmente ainda tivemos pacientes que se recusaram a ter o atendimento para hipertensão e diabéticos, apesar dos esforços dos agentes de saúde. As justificativas relatadas por alguns destes pacientes foram por questões políticas, outros por já ser acompanhado por um cardiologista ou outro profissional não achavam necessário visitar o posto de saúde e ainda teve relato de pacientes que não gostavam dos

medicamentos fornecidos pela prefeitura.

A realização do monitoramento do acesso foi cumprida integralmente e o que facilitou foi o bom convívio, a compreensão de toda a equipe e o desejo de todos de melhorar a situação da saúde da cidade de Prata do Piauí.

A ação de monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia do HIPERDIA e controle de estoque de medicamentos foi cumprida integralmente e o que facilitou foi a já existência de um bom controle de estoque que era repostado todos os meses. A funcionária encarregada pela distribuição sempre manteve um bom estoque de medicamento e não houve durante a intervenção reclamações de falta de medicação, também os medicamentos têm bom prazo de validade, apresentando vencimentos previstos dos medicamentos para final de 2015 e começo de 2016. A funcionária também realizava os encaminhamentos dos pacientes que estavam com as consultas atrasadas.

3.2 Ações que não foram desenvolvidas integralmente

Nenhuma das ação da intervenção deixou de ser executada em sua totalidade e todos puderam ser realizadas.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados

A ação de ter o contato com a gestão para falar sobre a importância da ação programática a este grupo, solicitando apoio para a captação de hipertensos e diabéticos foram cumpridas de forma integral, mas existiu muitas dificuldade. As reuniões com a gestão no começo foram bem satisfatória, onde recebi apoio, fornecimento de material impresso em dias e promessa de ajuda no que for necessário. Mas posteriormente apareceram algumas dificuldades e as reuniões que ficaram mais frequentes do que estavam previstas, não foram muito proveitosas. O principal problema foi a questão dos exames complementados solicitados que eram insuficientes para a demanda da intervenção.

Foram várias as reuniões com a secretária de saúde para explicar a logística dos números de exames, pois a prefeitura só liberavam 30 exames semanas para atendes duas unidades básicas de saúde, onde ainda 5 exames eram destinados

para gestantes e 5 para os casos urgentes e também existia pedidos de pacientes de outros municípios. Também foi relatado o problema na demora no resultado dos exames que mantinha uma média de 21 dias para sair os resultados. Por fim tive uma reunião com um representante do laboratório, que o mesmo mim despachou, relatou que só tinha o sábado para realizar os exames em Prata do Piauí, que a cidade era longe, e mais exames significa mais tempo na cidade e o mesmo precisava ter tempo suficiente para voltar a capital e não viajar a noite. Relatou da impossibilidade de ficar mais que um dia e que os equipamentos que ele trazia era de pequeno porte e que não tinha viabilidade de transportar materiais mais pesados e de grande porte, por conta do carro. Relatou que não podia deixar o equipamento na cidade, pois o mesmo atendia outras cidades com estes equipamentos e com tudo isso só consegui um aumento do número de exames par 35 por sábado.

As reuniões com a secretária de saúde ainda continuaram a ocorrer por conta de outro assunto, a manutenção da verificação da glicemia capilar toda segunda, quarta e sexta-feira após o término da intervenção. A mesma fala da falta de recurso para manter a comprar dos refis do glicosímetro, que isso geraria mais uma despesa mensal para o município. Argumentei estratégia da glicemia capilar foi algo que os pacientes da nossa unidade gostou muito e fomos muito elogiado pelo trabalho, falei que o objetivo da intervenção era manter estes benefícios uma rotina na unidade. A secretária de saúde garantiu que manteria os recursos para comprar os refis do glicosímetro até Novembro, mas que falaria com o prefeito sobre o assunto. Fiquei triste com este comentário, pelo fato do mutirão de verificação da glicemia capilar ser algo que foi bem elogiado pela comunidade e que estes elogios foram algo que motivaram a equipe e que poderia acabar.

O processo de preenchimento da planilha foi satisfatório, pois o mesmo é de fácil compreensão e de fácil preenchimento e não tem apresentado dificuldade na coleta de dados, fazendo ressalva para o item de exames complementares e estratificação de risco cardiovascular, que dependiam dos resultados dos exames. Mas existiram alguns transtornos, após a coleta de dados, os resultados dos gráficos apareciam com erros e foram necessário digitá-los novamente algumas vezes. Apesar de não constatar qual foi a causa e de realizar várias revisões dos dados coletados; no final deu certo.

3.4 Análise da possibilidade de incorporação da intervenção na rotina da unidade

Agora que estamos no fim do projeto, a equipe demonstra está bastante integrada e já aceita a incorporação das rotinas da intervenção às rotinas das UBS, só lamentam que o mutirão da verificação da glicemia capilar não vai manter o seu ritmo de ser realizado toda segunda, quarta e sexta-feira. A secretária de saúde limitou o número de glicosímetro a partir de Dezembro, com isso planejamos realizar a verificação da glicemia capilar para a comunidade nos dias de segunda-feira; e para os pacientes do programa nos dias de segunda e sexta-feira.

A partir do próximo mês pretendemos realizar visita domiciliar para os pacientes que se recusa a participar do programa, com objetivo de conscientizá-los da importância de participar do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Também está em discussão com a secretária de saúde a implementação do programa para pré-natal na UBS, isto foi algo que a equipe pediu para ser realizado.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção na unidade básica de saúde Otávio Mendes Frazão visava a melhoria na cobertura de atendimento para hipertensos e diabéticos dos usuários, como também visava a melhoria da qualidade da Atenção a estes usuários.

Segundo informações coletadas, a unidade tem 1.500 pacientes cadastros por mês em média, pois sempre entram e saem pacientes. Tinha-se estimado no início da intervenção o cadastro de 140 usuários com hipertensão e 37 com diabetes. Não existia por parte de cada agente comunitário de saúde a contagem do número dos hipertensos e diabéticos de suas respectivas áreas, só foi realizado a contagem de ficha por ficha após a implantação da intervenção. Os mesmos relataram que sabiam que era preciso desse número, mas que sempre deixavam para contabilizar depois. Foi somente com o meu pedido, para realização da intervenção que realizaram a contagem. Ao longo da intervenção foi realizado mais 19 cadastros de hipertenso e 5 usuários com diabetes, totalizando 159 hipertenso e 42 diabéticos. Estes números foram alcançados graças ao mutirão da verificação da pressão arterial e da verificação da glicemia capilar, que pode-se diagnosticar novos hipertensos e diabéticos e com isso fazer novos cadastros.

No tocante ao objetivo de melhorar a cobertura de atendimento para hipertensos e diabéticos na unidade, tem-se a meta de cadastrar 100% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde. No início da intervenção, o número total estimado de hipertensos com 20 anos ou mais residente na área de abrangência da unidade de saúde são de 228, mas somente 140 (61,4%) hipertensos com 20 anos ou mais residiam na área e eram acompanhados na UBS. Mas no final da intervenção, tinham 159 (69,7%) hipertenso cadastrado com 20 anos

ou mais residiam na área e eram acompanhados na UBS. Em relação aos diabéticos, no início da intervenção, o número total estimado de diabéticos com 20 anos ou mais residente na área de abrangência da unidade de saúde são de 56, mas somente 37 (66,1%) diabéticos com 20 anos ou mais residiam na área e eram acompanhados na UBS. Mas no final da intervenção, tinham 42 (75%) diabéticos cadastrado com 20 anos ou mais residiam na área e eram acompanhados na UBS.

Estes números foram alcançados devida a instalação da intervenção, pois não se tinha o habito por parte da equipe de contabilizar os hipertensos e diabéticos cadastrados. Sabe-se que a população jovem da cidade migra para os grande centro e não são acompanhado pela UBS e este dados não reflete a realidade quanto ao número total de hipertenso e diabéticos residente na área de abrangência da unidade de saúde. Algo que faria diferença era a utilização de dados estatístico mas condizente com a realidade.

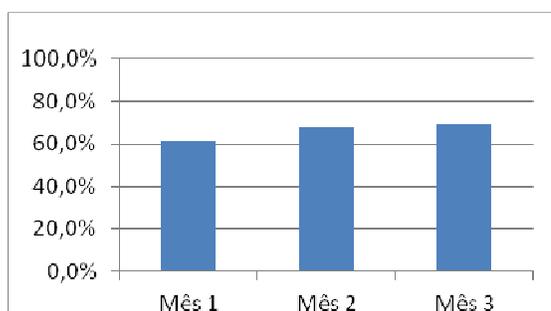


Figura 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde
Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014



Figura 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde
Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014

Para avaliar a qualidade da atenção de uma população adstrita de uma unidade de saúde são avaliados de acordo com o protocolo do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, a proporção de hipertensos e diabéticos com o exame clínico em dia; a proporção de hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia; a proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Hiperdia priorizada e a proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No que se refere à meta de realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos, no início da intervenção, foram cadastrados 140 usuários hipertensos, mas destes somente 108 frequentavam regularmente a unidade,

obtendo-se uma realização de exame clínico 77,1% dos hipertensos. Mas no final da intervenção, já tínhamos 159 hipertensos cadastrados e deste total, 150 usuários frequentavam regularmente a unidade, atingindo uma meta de 94,3%. Quanto aos diabéticos, no início da intervenção tinham 37 pacientes com diabetes cadastrados, mas destes, somente 30 frequentavam regularmente a unidade, obtendo-se uma realização de exame clínico em 81,1% dos usuários. Mas no final da intervenção, já tínhamos 42 usuários cadastrados com diabetes e deste total, 39 usuários frequentavam regularmente a unidade, atingindo uma meta de 92,9%.

Apesar de ter melhorado a busca ativa dos pacientes, ainda temos alguns usuários que se recusam a fazer o acompanhamento regular na UBS, alguns relataram que são por questões políticas, pois não querem usar os serviços da prefeitura. Outros relatam que já são acompanhados por seus próprios cardiologistas e não usam a medicação distribuída pelo governo, por isso não precisam frequentar regularmente a unidade básica. Mas mesmo assim, aumentamos os números de pacientes frequentadores do programa. Estes números foram alcançados graças a campanha de divulgação da intervenção promovido pela igreja da comunidade, pela divulgação pelos membros do conselho municipal de saúde e pela divulgação pelos próprios ACS. O que faria diferença neste momento era a intensificação da busca ativas para os pacientes que se recusaram a frequentar o programa.

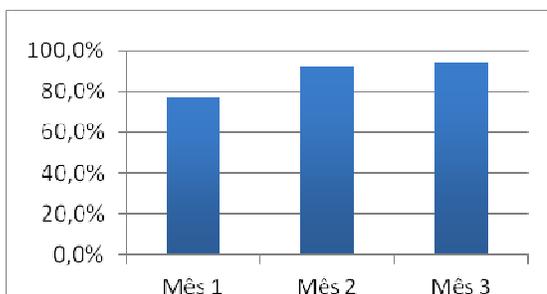


Figura 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo
Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014

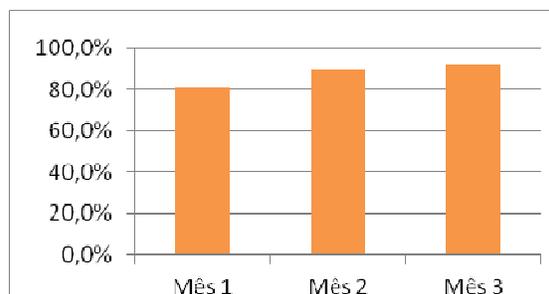


Figura 4: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo
Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014

No tocante a meta de garantir aos pacientes hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia, no início da intervenção dos 140 hipertensos cadastrados, somente 18 (12,9%) tinham realizado os exames complementares. No final da intervenção, tínhamos 159 hipertensos cadastrados, destes, 97 usuários fizeram os exames complementares, obtendo uma cobertura de

apenas 61,0%. Já em relação a proporção de diabéticos com os exames complementares em dia, dos 37 pacientes diabéticos cadastrados no início da intervenção, apenas 8 tinham realizado os exames complementares, representando 21,6% de cobertura. E ao final da intervenção, já tínhamos 42 diabéticos cadastrados, dos quais, 27 usuários fizeram seus exames complementares, obtendo uma cobertura de 64,3%.

Foram várias as reuniões com a secretária de saúde para explicar a logística dos números de exames, pois a prefeitura só liberavam 30 exames semanas para atender duas unidades básicas de saúde, onde ainda 5 exames eram destinados para gestantes e 5 para os casos urgentes e também existiam pedidos de pacientes de outros municípios. Também existia o problema demora no resultado dos exames que em média leva 21 dias para sair os resultados. Com toda as reuniões realizada com a gestão e com os representantes do laboratório conseguimos um aumento do número de exames por 35 por sábado e a prioridade para os hipertensos e diabéticos da nossa unidade. Mas mesmo assim, aumentamos os números de pacientes com os exames complementares em dia, os hipertensos aumentou de 18 para 97 e os diabéticos de 8 para 27. O que fazia diferença neste momento era um maior apoio dos gestores para aumentar a capacidade do laboratório em realizar um maior número de exames.

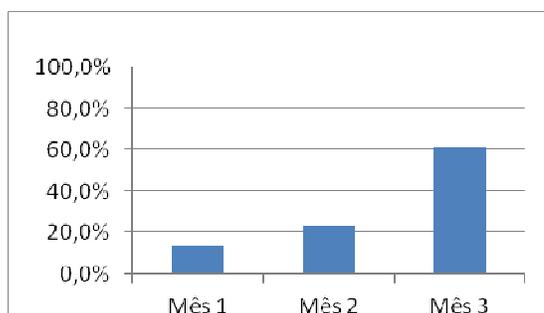


Figura 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo
Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014

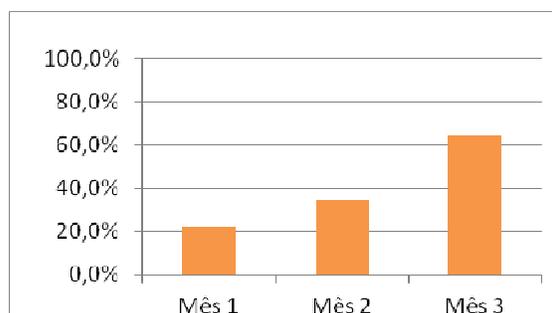


Figura 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo
Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014

Em relação a meta de priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia HIPERDIA para os hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, no início da intervenção, dos 137 pacientes hipertensos que usavam alguma medicação, deste, 128 (93,4%) hipertenso usavam medicamentos da farmácia do HIPERDIA. No final da intervenção, já tínhamos 155 pacientes hipertenso que usavam alguma medicação, destes, 147 (94,8%) usuários consumiam

medicamentos da farmácia do HIPERDIA. No tocante aos diabéticos, a proporção usuários com prescrição de medicamentos da farmácia HIPERDIA priorizada pelo programa, no início da intervenção, dos 37 pacientes que usavam alguma medicação, 34 (91,9%) diabéticos usavam medicamentos da farmácia do HIPERDIA. No final da intervenção, já tínhamos 42 pacientes diabéticos que usavam alguma medicação, dos quais, 40 (95,2%) usuários consumiam medicamentos da farmácia do HIPERDIA.

Estes números foram alcançados graças a realização dos grupos de discussões sobre hipertensão e diabetes, que eram realizados semanalmente antes de começar o atendimento aos hipertensos e diabéticos nas terças-feiras. Diferentes temas eram realizados durante as palestras, mas sempre sobre hipertensão e diabetes, sobre os principais sintomas, sobre a realização de uma alimentação saudável, sobre os tipos de cada doença crônica, as principais complicações, sobre a prática de atividade física e outros. Estas palestras facilitaram a compreensão dos pacientes sobre a importância do uso da medicação, como também o incentivo da equipe para o uso da medicação que era fornecido de graça pelo município.

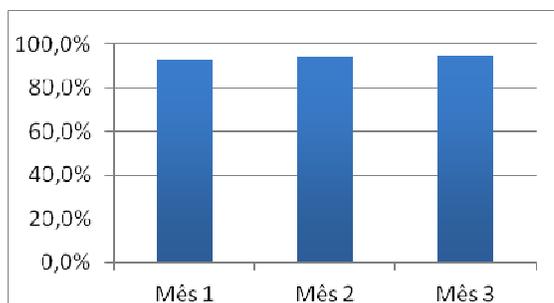


Figura 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014.

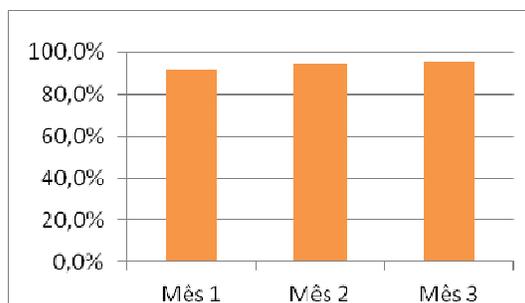


Figura 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada. Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014.

A respeito da meta de proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no início da intervenção, dos 140 hipertensos cadastrados, somente 52 (37,1%) foram realizados uma inspeção da cavidade oral e encaminhado ao dentista. Já no final da intervenção, quando já tínhamos 159 pacientes hipertensos, 138 (86,8%) foi realizado uma inspeção da cavidade oral e encaminhado ao odontólogo. No tocante as pacientes diabéticos, no início da intervenção, tinha-se 37 pacientes diabéticos cadastrados, dos quais 16 (43,2%) foi realizado uma inspeção da cavidade oral e encaminhado ao odontólogo. Já no final da intervenção, quando já se tinha 42 pacientes diabéticos cadastrados,

somente 36 (85,7%) foi realizado uma inspeção da cavidade oral e encaminhado ao dentista.

Estes números foram bastante promissores se comparado o do início e do termino da intervenção, mas não atingiu a uma excelência, pois alguns dos pacientes não frequentam a unidade e também existes os casos a qual já afirmavam que eram acompanhados já por um odontólogo e que não havia a necessidade da inspeção, como também aqueles que, apesar da insistência e da tentativa de conscientiza a importância da inspeção, se recusavam a realização da mesma. O que também contribuiu para estes dados foi a chegada do dentista na unidade de saúde apenas no último mês da intervenção, isso proporcionou um maior interesse na procura pelo dentista desde então sua chegada. Mas graças a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de Hipertensos e Diabéticos, onde durante este evento foi explicado as propostas do protocolo de Hipertensos e Diabéticos, o papel de cada integrante da equipe na intervenção, o que cada profissional iriam realizar durante a intervenção, tivemos ainda um bom desempenho. O que faria diferença neste momento seria a presença do dentista desde antes do início da intervenção e com isso, ter a equipe completa na unidade; o apoio da equipe odontológica poderia fazer diferença para obter melhores dados.

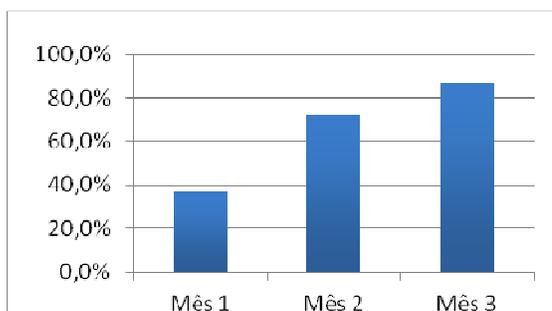


Figura 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014.

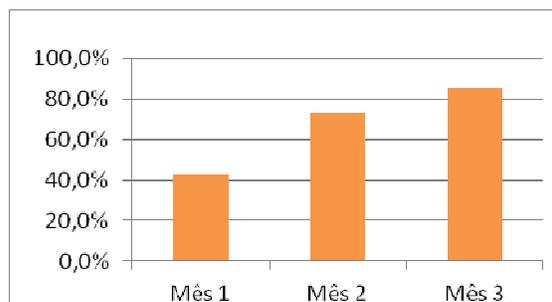


Figura 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014.

No tocante a proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, no início da intervenção, tinham-se 40 hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas; e destes 37 hipertensos faltavam às consultas com busca ativa, ou seja, 92,5%. Mas, no final da intervenção, tinham-se ainda 92,3% hipertensos faltavam às consultas com busca ativa, mas agora somente tinham-se 13 hipertensos residentes na área e

acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas, onde 12 faltaram às consultas e receberam busca ativa (92,3%). Quanto aos diabéticos, no início da intervenção tinha-se 8 diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas, dos quais os 8 diabéticos (100%) faltavam às consultas e receberam busca ativa. Mas, no final da intervenção, tinham-se somente 4 diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas, dos quais, os 4 diabéticos (100%) faltavam às consultas e receberam busca ativa.

Como já foi citado, ainda existem usuários que se recusam a ser acompanhado e frequentar a unidade de saúde, com alegações de não usarem as medicações fornecidas pelo governo, outros já são acompanhados pelos próprios cardiologistas e tem aqueles que por questões políticas não usam os serviços fornecidos pela prefeitura. Mas com tudo isso, tiveram-se uma redução bastante considerada do número de pacientes faltosos, e estes números foram alcançados por um reflexo da melhoria da busca ativa e a melhoria da ação dos agentes de saúde comunitária que aprimoraram suas ações, onde antes as buscas ativas era quinzenais, e após a intervenção passou a ser realizado no dia seguinte a ausência do usuário, onde obteve-se paciente colocando suas consultas em dia na mesma semana que faltou. O que faria diferença agora era a intensificação da busca ativa dos pacientes que se recusam a frequentar a unidade e intensificar a conscientização da importância do programa para o seu bem estar.

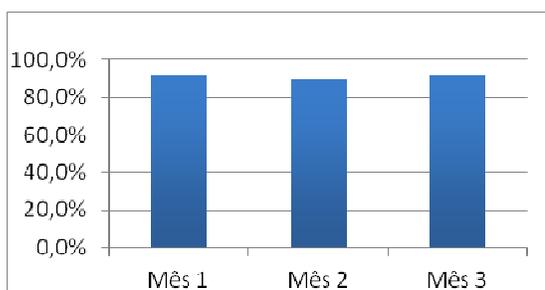


Figura 11: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa
Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014.

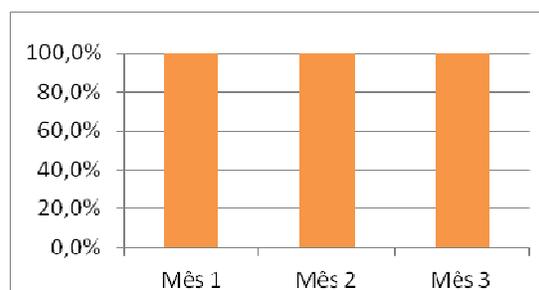


Figura 12: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa
Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014.

No que se refere a meta de melhorar a proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, no início da intervenção, tinham-se 140 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS e deste, 132 eram hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, totalizando 94,3%. No final da intervenção, com o cadastro de mais 19 hipertensos,

tinham-se 159 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS e deste total, 157 hipertensos, ou seja, 98,7%, estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento. Já em relação aos diabéticos, no início da intervenção, tinham-se 37 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS e deste, 35 eram diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, totalizando 94,6%. Já no final da intervenção, com o cadastro de mais 5 diabéticos, tinham-se 42 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS e deste total, 42 diabéticos, ou seja, 100%, estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Estes números foram alcançados graças a revisão das fichas de todos os pacientes hipertenso e diabéticos já cadastrados no programa pela enfermeira e o médico. Esta função foi estabelecida no início da intervenção onde foi estabelecido o papel de cada profissional na ação da intervenção. Algo que favoreceu foi a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de hipertenso e diabéticos, onde todos tiveram ciência de suas funções e o empenho de todos para que a intervenção acontecesse. Também a campanha realizada durante intervenção, com a colaboração do padre, que no final das missas reiterava a importância do programa, como também pelos membros do conselho municipal de saúde que realizaram a divulgação da intervenção.

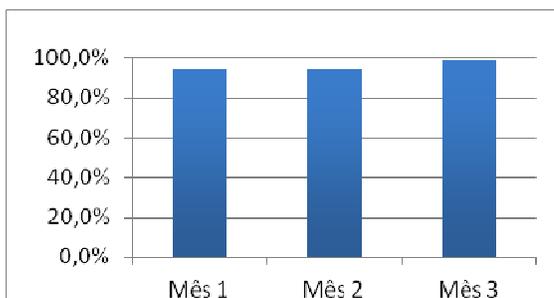


Figura 13: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento
Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014

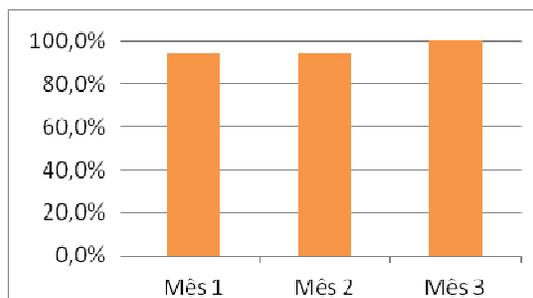


Figura 14: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento
Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014

A respeito da meta de melhorar a proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, no início da intervenção, tinham-se 140 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS e deste, apenas 16 (11,4%) hipertensos tinham realizado a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. No final da intervenção, já com 159 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS, destes, 105 (66,0%) hipertensos tinham realizado a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. No tocante a proporção de diabéticos com estratificação de risco

cardiovascular por exame clínico em dia, no início da intervenção eram de 37 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS e deste, apenas 6 (16,2%) diabéticos tinham realizado a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Já no final da intervenção, tinham-se 42 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS e deste total, 36 (85,7%) diabéticos tinham realizado a estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

A estratificação de risco cardiovascular é um item que depende dos resultados dos exames complementares, pois para realizar a estratificação, segundo o escore de framingham, necessita dos resultados do HDL, LDL dos pacientes. Ao longo da intervenção, foram vários as reuniões com a secretária de saúde para explicar a logística dos números de exames, como já citado anteriormente, no objetivo de se obter um maior número de exames. Também existiram o fato da demora nos resultados dos exames que, em média, demorava 21 dias para se obtê-las. Mas mesmo assim, houve um aumento bastante expressivo na proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. O que faria diferença neste momento era um aumento da capacidade do laboratório em realizar um número maior de exames e um maior apoio dos gestores sobre o assunto.

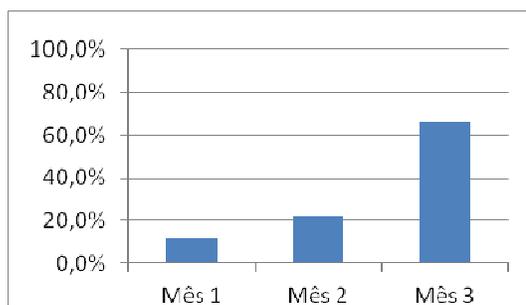


Figura 15: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia
Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014.

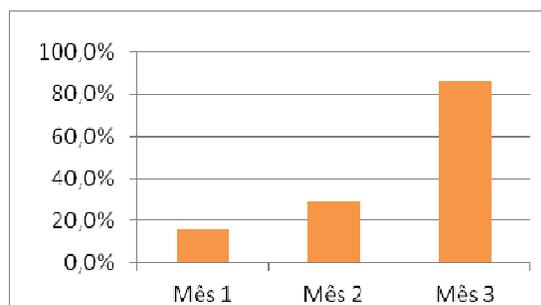


Figura 16: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia
Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014.

Em relação a meta de proporcionar orientação nutricional sobre alimentação saudável aos hipertensos e diabéticos, no início da intervenção, dos 140 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS, deste, 106 (75,7%) hipertensos tinham orientação nutricional sobre alimentação saudável. No final da intervenção, já com 159 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS, destes, 149 (93,7%) hipertensos tinham orientação nutricional sobre alimentação saudável. No tocante aos diabéticos, a proporção de usuários com orientação nutricional sobre

alimentação saudável, no início da intervenção, dos 37 pacientes, 30 (81,1%) diabéticos receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável. No final da intervenção, já com 42 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS, dos quais, 39 (92,9%) receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Estes números foram alcançados graças ao empenho da enfermeira da equipe, em conjunto com o médico, que realizaram as orientações durante as consultas, como também durante as palestras dos grupos de discussão que eram realizadas antes das consultas. Estas funções foram estabelecidas no início da intervenção onde foi acertado o papel de cada profissional na ação da intervenção. Algo que favoreceu foi a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de hipertensos e diabéticos, onde ficou acertado que o médico e a enfermeira da unidade realizariam orientações nutricionais.

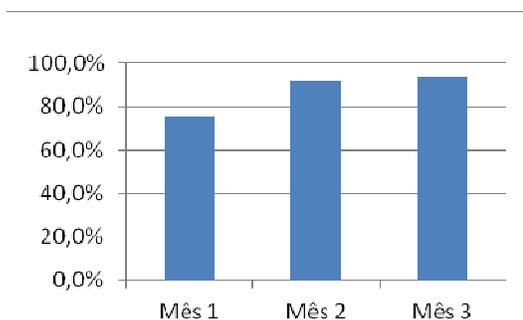


Figura 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável
Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014

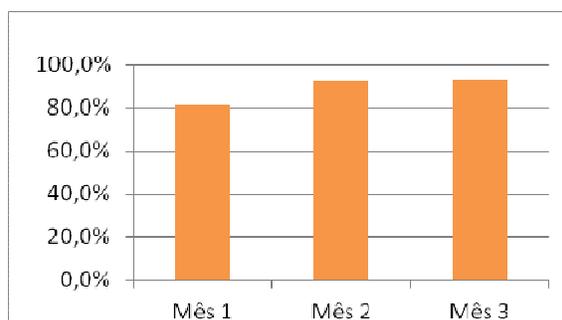


Figura 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável
Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014

A respeito da meta de proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular, no início da intervenção, dos 140 hipertensos cadastrados e acompanhados na UBS, deste, 107 (76,4%) usuários receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. Já com 159 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS no final da intervenção, destes, 150 (94,3%) pacientes tinham recebido orientação sobre a prática de atividade física regular. No tocante aos pacientes diabéticos, no início da intervenção, tinham-se 37 usuários residentes na área e acompanhados na UBS, dos quais 30 (81,1%) diabéticos receberam orientação sobre a prática de atividade física regular. Já no final da intervenção, quando tinham-se 42 diabéticos cadastrados, 39 (92,9%) receberam orientação sobre a prática de atividade física regular.

Estes números foram alcançados graças, como já foi citado, aos esforços do

médico e da enfermeira da equipe, que durante as consultas, realizavam as orientações sobre as melhorias da saúde beneficiadas pela realização de praticas regulares de atividade física e não somente o uso da medicação. Estas orientações também foram passadas durante as palestras de grupos de discussão, que ocorriam antes das consultas, todas as terças-feiras. Algo que contribuiu foram a capacitação dos profissionais de saúde da unidade sobre o protocolo de hipertenso e diabéticos, como também o estabelecimento do papel de cada profissional sobre o que iriam realizar durante a intervenção.

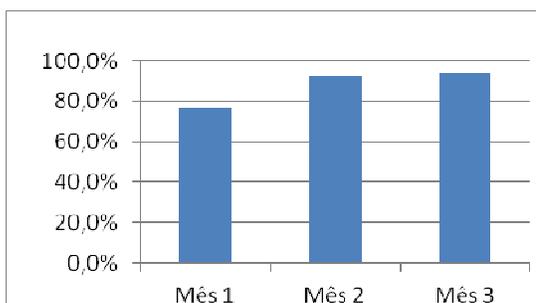


Figura 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular
Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014

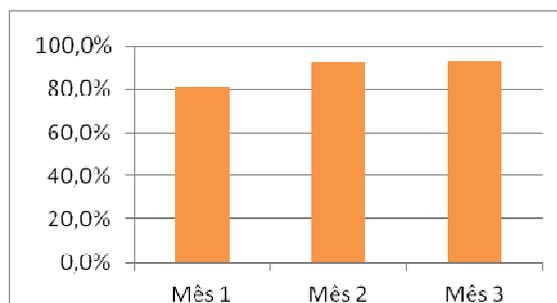


Figura 20: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física regular
Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014

No tocante a proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, no início da intervenção, 140 hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde; e destes, 107 receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, ou seja, (76,4%). Mas, no final da intervenção, tinham-se 159 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS, dos quais, 150 (94,3%) pacientes tinham recebido orientação sobre os riscos do tabagismo. Quanto aos diabéticos, no início da intervenção tinham-se 37 usuários residentes na área e acompanhados na UBS, dos quais 30 (81,1%) diabéticos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. E no final da intervenção, quando já tinham-se 42 diabéticos cadastrados, 39 (92,9%) receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Como já foi mencionado, estes números foram alcançados graças ao empenho da parte do médico e da enfermeira da equipe, que eram responsáveis pelas consultas e realizavam as orientações durante as mesmas, onde eram informados sobre os malefícios do tabagismo, não somente para as doenças crônicas que já tinham, como a hipertensão e/ou a diabetes, mas também sobre o risco de outras doenças que poderiam ter, como o câncer. Um papel que ficou

estabelecido no início da intervenção, por cada profissional sobre o que iriam realizar. Como já foi mencionado, algo que contribuíram foram as orientações também ocorriam durante as palestras que acontecia toda terça-feira, como também a capacitação dos profissionais de saúde da unidade sobre o protocolo de hipertenso e diabéticos

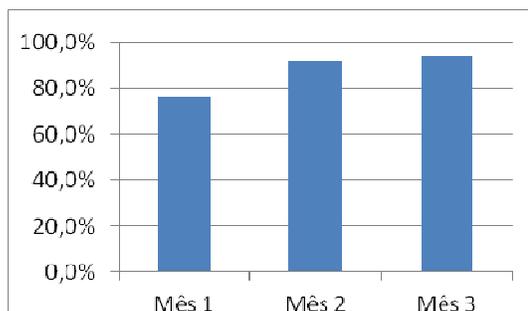


Figura 21: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo
Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014

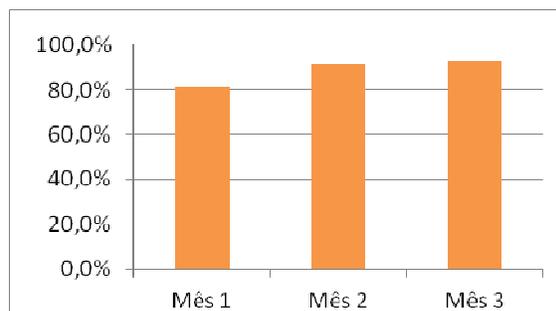


Figura 22: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo
Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014

No que se refere a meta de melhorar a proporção de hipertensos e diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, no início da intervenção, tinham-se 140 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS e deste, 107 eram hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, totalizando 76,4%. No final da intervenção, com o cadastro de mais 19 hipertenso, tinham-se 159 hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS e deste total, 150 hipertensos, ou seja, 94,3% receberam orientação sobre higiene bucal. Já em relação aos diabéticos, no início da intervenção, tinham-se 37 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS e deste, 30 eram diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, totalizando 81,1%. Já no final da intervenção, com o cadastro de mais 5 diabéticos, tinham-se 42 diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS e deste total, 39 diabéticos, ou seja, 92,9% receberam orientação sobre higiene bucal.

Como já foi relatado, as orientações eram de responsabilidade do médico e da enfermeira da equipe, foram algo que ficou estabelecido no início da intervenção o papel de cada um da equipe, onde as orientações eram passadas durante as consultas, que também eram intensificadas as orientações durante as palestras dos grupos de discussão que eram realizadas antes das consultas. Algo que favoreceu foi a chegada do dentista, que também colaborou com as orientações de saúde bucal, como também intensificou o interesse da população em procurar os serviços

odontológicos, como também a capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre o protocolo de hipertensos e diabéticos.

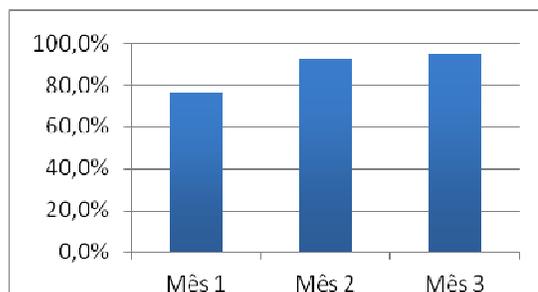


Figura 23: Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal
Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014

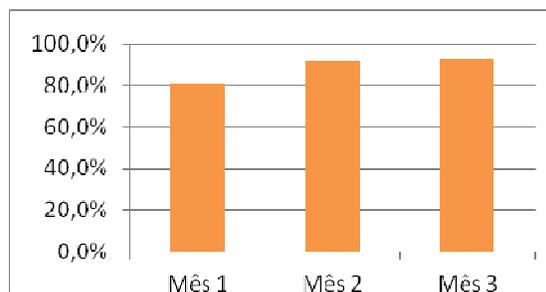


Figura 24: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal
Fonte: Planilha de Coletas de Dados, 2014

Dentro do que foi proposto, a intervenção foi satisfatório, pois demonstrou uma melhoria dos seus indicadores, apesar de algumas metas não ter obtido um desempenho máximo.

4.2 Discussão

Na minha unidade básica de saúde, a intervenção proporcionou uma ampliação da cobertura da atenção tanto para os hipertensos como os diabéticos, a melhoria na qualificação da atenção aos hipertensos e diabéticos, a melhoria na adesão ao programa HIPERDIA, uma ampliação dos registros dos diabéticos e hipertensos, uma melhor mapeamento dos riscos para doenças cardiovasculares, como também uma melhoria na promoção de saúde na área da alimentação, atividade física, riscos do tabagismo e saúde bucal de ambos os grupos.

Apesar de algumas das atividades já serem desenvolvidas na unidade de saúde, foi necessário a realização de uma capacitação da equipe para a realização da intervenção e seguir as orientações do Ministério da Saúde e da UFPEL com o objetivo de melhorar o rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento dos usuários hipertensos e diabéticos. Para tanto, toda a equipe foi envolvida, médico, enfermeira, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, onde diversos tópicos foram discutidos do Caderno de Atenção Básica - Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica sobre a orientação do médico. Foi discutido sobre o processo de cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade, sobre como verificar a pressão arterial, sobre a realização do

hemoglicoteste e interpretação de resultado e outros temas. A capacitação foi algo muito importante para a equipe pois os mesmos se sentiram mais capacitados e com mais conhecimento. Isto acabou tendo um bom impacto em outras atividades da unidade, pois aumentou o desejo de organizar melhor os outros programas também desenvolvido na unidade como: saúde da mulher, pré-natal e puerpério e de revisar as orientações do Ministério da Saúde sobre os mesmos.

A intervenção foi ótimo para o serviço, pois toda a equipe pode desenvolver suas atividades, que antes era concentrada principalmente no médico e nos agentes comunitários de saúde. Foi revista as atribuições de cada profissional da equipe para acolher um maior número de pessoas da unidade. Com a melhoria do registro agora realizado pelo médico e enfermeiro e revisão dos pacientes cadastrados, pode-se melhorar o agendamento de cada paciente, que antes existiam usuários com até três meses para realizar a consulta de retorno e após a intervenção os usuários são atendidos mensalmente. Com as consultas mensais e o acolhimento sendo realizado por toda a equipe, melhorou o monitoramento dos pacientes e suas alterações pressóricas e glicêmicas, onde pode-se intervir nestas alterações de forma mais rápida com mais eficiência.

A intervenção foi importante para a comunidade, pois além do melhor monitoramento e das consultas mensais para os pacientes hipertensos e diabéticos, a população também participou do mutirão da verificação da pressão arterial e da glicemia capilar. Com isso novos pacientes hipertensos e diabéticos foram diagnosticados e cadastrados e assim minimizado danos maiores a sua saúde. A população mostrou satisfação com a intervenção e aprovou as consultas mensalmente realizadas e a cobertura do programa de hipertensos e diabéticos melhoraram. Infelizmente o número de exames complementares liberados semanalmente pelo laboratório local contratado pela prefeitura eram insuficiente e com isso, também foi comprometido a estratificação de risco cardiológico do paciente. Apesar de aumento considerado de 12,9% para 61,0% no hipertensos e 21,6% para 64,3% nos diabéticos de exames complementares.

O que fazia diferença neste momento era a intensificação da busca ativas para os pacientes que se recusaram participar do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Apesar de alguns justificarem a recusa por questões políticas e por já tem um acompanhamento com um próprio cardiologista, fazia-se necessário explicar pessoalmente a importância de fazer o

acompanhamento com a equipe da UBS. Também faria diferença neste momento se houvesse o aumento do número de exames laboratoriais realizados semanalmente, faltou uma compreensão por partir dos representantes do laboratório e uma maior sensibilização da gestão para abraçar a intervenção e não ver apenas o projeto como um gasto a mais para a prefeitura. Mas com a continuidade da rotina, poderemos viabilizar a verificação dos exames complementares dos pacientes nos próximos dois meses.

Agora que estamos no fim do projeto, a equipe demonstra está bastante integrada e já aceita a incorporação das rotinas da intervenção às rotinas das UBS, só lamentam que o mutirão da verificação da glicemia capilar não vai manter o seu ritmo de ser realizado toda segunda, quarta e sexta-feira. A secretária de saúde limitou o número de glicosímetro a partir de Dezembro, com isso planejamos realizar a verificação da glicemia capilar para a comunidade nos dias de segunda-feira; e para os pacientes do programa nos dias de segunda e sexta-feira.

A partir do próximo mês pretendemos realizar visita domiciliar para os pacientes que se recusa a participar do programa, com objetivo de conscientizá-los da importância de participar do Programa. Também está em discussão com a secretária de saúde a implementação do programa para pré-natal na UBS, isto foi algo que a equipe pediu para ser realizado.

4.3 Relatório da intervenção para gestores

Ao Sra. Secretário Municipal de Saúde

A HAS e a diabetes são considerados um grave problema de saúde pública por se tratar de doenças crônicas que estão relacionados as várias complicações coronarianas, encefálicas, cardiovasculares, renais e vasculares periféricas e, também, à morbidade e mortalidade das pessoas. Em virtude deste, foi proposto uma intervenção para a unidade básica de saúde Otávio Mendes Frazão, almeja melhorar a cobertura de atendimento para hipertensos e diabéticos, como também melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos da unidade adstrita. No início da intervenção, só existia o cadastro de 140 pacientes com hipertensão e 37 com diabetes e durante a intervenção foi realizado mais 19 cadastros de hipertenso e 5 usuários com diabetes, totalizando 159 hipertenso e 42 diabéticos,

com uma frequência regular e realização de exames clínico dos hipertensos de 77,1% para 94,3% e de 81,1% para 92,9% para os diabéticos, além de melhorar a cobertura.

Estes números foram alcançados graças ao mutirão da verificação da pressão arterial e da verificação da glicemia capilar, que pode-se diagnosticar novos hipertensos e diabéticos e com isso fazer novos cadastros. Estes mutirões visavam verificar tanto a PA como a glicemia de toda a população da nossa área adstrita com maior de 18 anos, o mesmo ocorreu durante toda segunda, quarta e sexta-feira das 7:30 da manhã até 8:30, sendo que a pressão arterial pode ocorrer a qualquer horário.

Devido estas atividades desenvolvidas durante a intervenção, estávamos sempre descobrindo novos hipertensos e diabéticos. Com isso ficou estabelecido na equipe que manteríamos este cadastramento não somente durante toda a intervenção, mas após o mesmo, pois este cadastramento serve não somente para a unidade ter uma melhor controle de seus pacientes, mas também para cadastrar estes pacientes no programa, ao ponto que utilizamos tanto a ficha do programa HIPERDIA como a ficha proposta pela UFPEL para o nosso cadastro.

A população de Prata do Piauí ganhou uma equipe mais preparada para atender os hipertensos e diabéticos, pois ela passou por uma capacitação sobre o Caderno de Atenção Básica - estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Os diversos tópicos que foram discutidos falavam sobre os seguintes temáticas: o cadastramento de hipertensos e diabéticos dos pacientes da unidade de saúde; a verificação da pressão arterial; realização do hemoglicoteste e interpretação de resultado. A capacitação foi ministrada pelo médico, com a participação de toda a equipe, na qual cada membro estudou uma parte do manual técnico e explicou o conteúdo aos outros membros que, também, contribuíram através de discussões sobre a temática.

O Engajamento entre a equipe e a população de Prata do Piauí foi mais fortalecida com os contatos com as lideranças comunitárias. O padre da nossa comunidade nos ajudou a falar sobre a importância da intervenção para os hipertensos e diabéticos. O mesmo realizava os avisos nas missas que ocorriam nos finais de semanas, falando da campanha de intervenção, sobre os mutirões e para os hipertensos e diabéticos agendassem as consultas e não faltassem aos mesmos. Foi realizado também reuniões com os membros do conselho municipal de saúde

para falar da intervenção, os mesmos relataram que realizaram as divulgações em outros órgãos municipais e também fizeram elogios e parabenizaram toda a equipe pela iniciativa realizada.

Os hipertensos e diabéticos ganharam durante os atendimentos clínicos uma ótima avaliação. Foi realizado exames clínicos apropriados aos pacientes hipertensos e diabéticos, além de exame físico, exames complementados, estratificação de risco cardiovascular, orientação nutricional, orientação atividade física, orientação sobre tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

Também eram realizados semanalmente grupos de discussões sobre hipertensão e diabetes. Eram realizados palestras sobre diferentes temas como: os tipos de cada doença crônica, os principais sintomas, as principais complicações, sobre a realização de uma alimentação saudável, sobre a prática de atividade física e outros.

A respeito da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, no início da intervenção, dos 140 pacientes hipertensos cadastrados, 52 (37,1%) foi realizado uma inspeção da cavidade oral e encaminhado ao dentista. Já no final da intervenção, quando já tínhamos 159 pacientes hipertensos cadastrados, 138 (86,8%) foi realizado uma inspeção da cavidade oral e encaminhado ao odontólogo. No tocante as pacientes diabéticos, no início da intervenção, tinha-se 37 pacientes diabéticos cadastrados, dos quais 16 (43,2%) foi realizado uma inspeção da cavidade oral e encaminhado ao odontólogo. Já no final da intervenção, quando já se tinha 42 pacientes diabéticos cadastrados, dos quais 36 (85,7%) foi realizado uma inspeção da cavidade oral e encaminhado ao dentista.

A população de Prata do Piauí ganhou uma busca ativa mais eficiente e os pacientes faltosos tinham a oportunidade de atualizar as suas consultas na mesma semana que faltou, ou no mais tardar, na semana seguinte. A comunidade também ganhou uma farmácia mais preparada para atender a população. O acesso aos medicamentos da Farmácia do HIPERDIA foi facilitado, onde agora os hipertensos e diabéticos tinham a preferência. O controle de estoque de medicamentos era mais rigoroso e não houve durante a intervenção reclamações de falta de medicação, também os medicamentos têm bom prazo de validade, apresentando vencimentos previstos dos medicamentos para final de 2015 e começo de 2016.

Em relação a proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da

farmácia HIPERDIA priorizada pelo programa, no início da intervenção, dos 137 pacientes que usavam alguma medicação, 128 (93,4%) hipertensos usavam medicamentos da farmácia do HIPERDIA. No final da intervenção, já tínhamos 155 pacientes hipertensos que usavam alguma medicação, 147 (94,8%) usuários consumiam medicamentos da farmácia do HIPERDIA. No tocante aos diabéticos, a proporção usuários com prescrição de medicamentos da farmácia HIPERDIA priorizada pelo programa, no início da intervenção, dos 37 pacientes que usavam alguma medicação, 34 (91,9%) diabéticos usavam medicamentos da farmácia do HIPERDIA. No final da intervenção, já tínhamos 42 pacientes diabéticos que usavam alguma medicação, dos quais, 40 (95,2%) usuários consumiam medicamentos da farmácia do HIPERDIA.

As reuniões com a gestão foram satisfatória, onde a unidade básica de saúde Otávio Mendes Frazão recebi apoio da secretária de saúde, fornecimento de material impresso em dias, aparelho para verificar a pressão arterial novos e hemoglicoteste, além do aumento do número de exames laboratoriais.

Mas o número de exames laboratoriais semanais ainda não foram suficientes. No início da intervenção, dos 140 hipertensos cadastrados na unidade, somente 18 (12,9%) tinham realizado os exames complementares no último ano. No final da intervenção, tínhamos 159 hipertensos cadastrados na unidade, destes, 97 usuários fizeram os exames complementares, obtendo somente uma cobertura de apenas 61,0%. Já em relação a proporção de diabéticos com os exames complementares em dia, dos 37 pacientes diabéticos cadastrados na unidade no início da intervenção, apenas 8 tinham realizado os exames complementares, representando 21,6% de cobertura. E ao final da intervenção, já tínhamos 42 usuários cadastrados no PSF, dos quais, 27 diabéticos fizeram seus exames complementares, obtendo somente uma cobertura de apenas de 64,3% de cobertura.

Vale ressaltar que as atividades desenvolvida durante a intervenção serão incorporadas à rotina do serviço, ganhando assim, a saúde, a comunidade e o município.

4.4 Relatório da intervenção para comunidade

Carta Aberta à Comunidade

A HAS e a diabetes são considerados um grave problema de saúde pública

por se tratar de doenças crônicas que estão relacionados as várias complicações para o coração, para a cabeça, para os vasos sanguíneos, para os rins e, também, à mortalidade das pessoas. Por causa destes problemas, foi proposto uma intervenção para a unidade básica de saúde Otávio Mendes Frazão, que visa melhorar o número de atendimento para hipertensos e diabéticos, como também melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos da unidade adstrita. No início da intervenção, só existia o cadastro de 140 pacientes com hipertensão e 37 com diabetes e durante a intervenção foi realizado mais 19 cadastros de hipertenso e 5 usuários com diabetes, totalizando 159 hipertensos e 42 diabéticos. Estes números foram alcançados graças ao mutirão da verificação da pressão arterial e da verificação da glicemia capilar, que pode-se diagnosticar novos hipertensos e diabéticos e com isso fazer novos cadastros. Estes mutirões tinha o objetivo de verificar tanto a PA como a glicemia de toda a população da nossa comunidade com maior de 18 anos, o mesmo ocorreu durante toda segunda, quarta e sexta-feira das 7:30 da manhã ate 8:30, sendo que a pressão arterial pode ocorrer a qualquer horário.

Devido estas atividades desenvolvidas durante a intervenção, estávamos sempre descobrindo novos hipertenso e diabéticos. Com isso ficou estabelecido na equipe que manteríamos este cadastramento não somente durante toda a intervenção, mas após o mesmo, pois este cadastramento serve não somente para a unidade ter uma melhor controle de seus pacientes, mas também para cadastrar estes pacientes no programa, pois utilizamos tanto a ficha do programa HIPERDIA como a ficha proposta pela UFPEL para o nosso cadastro.

A comunidade ganhou uma equipe mais preparada para atender os hipertensos e diabéticos, pois ela passou por uma capacitação sobre o Caderno de Atenção Básica - estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus. Os diversos tema que foram discutidos falavam sobre os seguintes assuntos: o cadastramento de hipertensos e diabéticos dos pacientes da unidade de saúde; a verificação da pressão arterial; realização do hemoglicoteste e interpretação de resultado. A capacitação foi ministrada pelo médico, com a participação de toda a equipe, na qual cada membro estudou uma parte do manual técnico e explicou o conteúdo aos outros membros que, também, contribuíram através de discussões sobre os assuntos.

O Engajamento entre a equipe e a comunidade foi mais fortalecida com os

contatos com as lideranças comunitárias. O padre da nossa comunidade nos ajudou a falar sobre a importância da intervenção para os hipertensos e diabéticos. O mesmo realizava os avisos nas missas que ocorriam nos finais de semanas, falando da campanha de intervenção, sobre os mutirões e para os hipertensos e diabéticos agendassem as consultas e não faltassem aos mesmos. Foi realizado também reuniões com os membros do conselho municipal de saúde para falar da intervenção, os mesmos relataram que realizaram as divulgações em outros órgãos municipais e também fizeram elogios e parabenizaram toda a equipe pela iniciativa realizada.

Os hipertensos e diabéticos ganharam durante os atendimentos clínicos uma ótima avaliação. Foi realizado exames clínicos apropriados aos pacientes hipertensos e diabéticos, além de exame físico, exames complementados, estratificação de risco cardiovascular, orientação nutricional, orientação atividade física, orientação sobre tabagismo e orientação sobre higiene bucal. Também eram realizados semanalmente grupos de discussões sobre hipertensão e diabetes. Eram realizados palestras sobre diferentes temas como: os tipos de cada doença crônica, os principais sintomas, as principais complicações, sobre a realização de uma alimentação saudável, sobre a prática de atividade física e outros.

A comunidade ganhou uma busca ativa mais eficiente e os pacientes faltosos tinham a oportunidade de atualizar as suas consultas na mesma semana que faltou, ou no mais tardar, na semana seguinte. A comunidade também ganhou uma farmácia mais preparada para atender a população. O acesso aos medicamentos da Farmácia do HIPERDIA foi facilitado, onde agora os hipertensos e diabéticos tinham a preferência. O controle de estoque de medicamentos era mais rigoroso e não houve durante a intervenção reclamações de falta de medicação, também os medicamentos têm bom prazo de validade, apresentando vencimentos previstos dos medicamentos para final de 2015 e começo de 2016.

As reuniões com a gestão foram satisfatórias, onde a unidade básica de saúde Otávio Mendes Frazão recebeu apoio da secretária de saúde, fornecimento de material impresso em dias, aparelho para verificar a pressão arterial novos e hemoglicoteste, além do aumento do número de exames laboratoriais.

Vale ressaltar que as atividades desenvolvidas durante a intervenção serão incorporadas à rotina do serviço, ganhando assim, a saúde, a comunidade e o município.

5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Minhas expectativas iniciais foram as melhores possíveis e remetiam a quando entrei para o curso de medicina, pois gostaria praticar o bem, ajudar as pessoas, e assim mudar a realidade em nossa volta, e o PROVAB é ótima oportunidade de fazer a diferença na sociedade com o projeto de intervenção. No Ambiente Virtual de Aprendizagem, conheci vários orientadores, comecei a participar dos fóruns discutindo as ações e dúvidas clínicas, e fiquei ainda mais empolgado com os casos clínicos, que sempre trazia um conteúdo para o aprendizado.

O Projeto pedagógico, no começo pareceu-me um pouco complexo, mas ao longo do curso mostrou bastante objetivo, nos permite realizar uma reflexão da teoria e alinhar uma prática cotidiana no momento em que esta ocorre e uma troca de conhecimento em um ambiente virtual.

Achei que não seria tão difícil quanto foi realizar a intervenção na USF, tive uma dificuldade de seguir o cronograma, por conta das alterações e adequações do projeto, o que me deixou frustrado, mas foi necessário para o bom andamento da intervenção. Acredito que poderia ter me doado mais ao curso, entretanto, considero satisfatória a realização da minha intervenção com os resultados alcançados.

O curso de especialização em saúde da família da UFPel significou para a minha prática profissional a possibilidade de fazer aquilo que sempre me propus quando resolvi ser médico: ajudar as pessoas e modificar a realidade em nossa volta, além de aprimorar meus conhecimentos já adquiridos.

A realização de uma ação em saúde, a análise situacional e a organização do processo de trabalho da equipe foram os aprendizados mais relevantes decorrentes do curso. Aprendi que para realizar uma ação em saúde, deve-se passar por vários processos de organização do trabalho, que vai desde coleta de dados da situação

atual da saúde até a organização da equipe.

Com a análise da situação atual de saúde podemos definir prioridades de ações focando no que mais se precisa dar atenção aos problemas levantados e com isso proporcionar mudanças consistentes na comunidade. A organização e treinamentos da equipe são fundamentais para a realização de uma ação em saúde e proporcionar um melhor resultado da ação em saúde. Tanto a análise situacional, como a organização do processo de trabalho da equipe são importantes para se obter um resultado satisfatório nas ações em saúde, sem elas, os resultados poderão ser obtidos com dificuldades ou estar comprometidos.

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** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (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** – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37)

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2006.

Brasil. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006

De Paula, Carlos Flávio, & Teresa Cristina Bruno Andrade. **Atuação do enfermeiro na prevenção de hipertensão arterial e Diabetes Mellitus na família**. Ensaios e Ciência, vol. 16. núm.1, 2012

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. **Diabetes atlas update 2012: Regional & Country Factsheets**. Disponível em: <<http://www.idf.org/diabetes-atlas-update-2012-regional-countryfactsheets>>.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

Anexos

Anexo 1 - Ficha de cadastro proposto pelo MS



MS – HIPERTENSÃO PLANO DE REORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO A HIPERTENSÃO ARTERIAL E AO DIABETES MELLITUS	1.ª Via: Enviar para digitalização CADASTRO DO HIPERTENSO E/OU DIABÉTICO
---	---

Nome da Unidade de Saúde (*)		Cód. SIASUS (*)		Número do Fronteirão					
IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO (*)									
Nome (com letra de forma e sem abreviaturas)				Data Nascimento / /					
				Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
Nome da Mãe (com letra de forma e sem abreviaturas)			Nome do Pai						
Raça/Cor (TV)	Escolaridade (TV)	Nacionalidade <input type="checkbox"/> Brasileira <input type="checkbox"/> Estrangeira		País de Origem					
				Data Naturalização / /					
Nº Portaria	UF Munic. Nasc.	Nome Munic. Nascimento		Sit. familiar/Conjugal (TV)	Nº Cartão SUS				
DOCUMENTOS GERAIS									
Título de Eleitor	Número		Zona	Série					
CTPS	Número		Série	UF	Data de Emissão / /				
CPF	Número		PIS/PASEP	Número					
DOCUMENTOS OBRIGATORIOS (**)									
Identidade	Número		Complemento	Órgão (TV)	UF				
Cartão (TV)	Tipo		Nome do Cartório		Libro / /				
	Folha		Termo		Data de Emissão / /				
ENDEREÇO (*)									
Tipo Logradouro	Nome do Logradouro			Número	Complemento				
Bairro	CEP		DDD	Telefone					
DADOS CLÍNICOS DO PACIENTE									
Pressão Arterial Sistólica (*)		Pressão Arterial Diastólica (*)		Cintura (cm)					
Peso (kg) (*)		Altura (cm) (*)		Glicemia Capilar (mg/dl)					
				<input type="checkbox"/> Em jejum <input type="checkbox"/> Pós prandial					
Fatores de risco e Doenças concomitantes		Não	Sim	Presença de Complicações					
Antecedentes Familiares - cardiovasculares				Infarto Agudo Miocárdio					
Diabetes Tipo 1				Outras coronariopatias					
Diabetes Tipo 2				AVC					
Tabagismo				Pé diabético					
Sedentarismo				Amputação por diabetes					
Sobrepeso/Obesidade				Doença Renal					
Hipertensão Arterial									
TRATAMENTO									
NÃO Medicamentoso: <input type="checkbox"/>									
Medicamentoso									
Tipo		Comprimidos/dia				Unidades/dia			
		1/2	1	2	3		4	5	6
Hidroclorotiazida 25mg									
Propranolol 40mg									
Captopril 25mg									
Glibenclamida 5mg									
Metformina 850 mg									
Outros <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO						Inculna			
Data da Consulta (*) / /		Assinatura do Responsável pelo atendimento (*)							

Legenda: (*) Campos obrigatórios, com exceção: nome pai, data naturalização e nº portaria, se nacionalidade brasileira (nascido no Brasil); complemento, DDD e telefone. (**) Pelo menos um dos documentos é obrigatório. TV = Tabela no verso do formulário.

Anexo 4 - Carta de Aprovação do Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a

Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL