

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Universidade Aberta do SUS UNA/SUS
Departamento de Medicina Social
Programa de Especialização em Saúde da Família



Trabalho de conclusão de curso

**Melhoria da Atenção à Saúde de hipertensos e diabéticos, na UBS Cidade
Nova, Demerval Lobão - PI**

Pâmela Moema Policarpo Bezerra

Pelotas, 2015

Pâmela Moema Policarpo Bezerra

**Melhoria da Atenção à Saúde de hipertensos e diabéticos, na UBS
Cidade Nova, Demerval Lobão - PI**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Medicina
Social da Universidade Federal de Pelotas,
como requisito parcial à obtenção do título de
Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Patrícia Osório Guerreiro

Pelotas, 2015

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

B574m Bezerra, Pâmela Moema Policarpo

Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos, na UBS Cidade Nova, Demerval Lobão - PI / Pâmela Moema Policarpo Bezerra; Patricia Osório Guerreiro, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

98 f. : il.

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

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Doença Crônica. 4.Diabetes Mellitus. 5.Hipertensão. I. Guerreiro, Patricia Osório, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedico este trabalho à toda minha família,
principalmente aos meus pais, aos meus irmãos e
ao Pitucho e à July.

Agradecimentos

Aos meus pais, por todo o apoio e incentivo em todas as minhas escolhas.

Aos meus irmãos, pelo carinho e ajuda nesta jornada.

Ao Pitucho e à Jully pelo companheirismo durante todas as horas.

À minha família e aos amigos que através da torcida me ajudaram a chegar até aqui.

À minha orientadora por toda a ajuda durante o desenvolvimento e a realização deste trabalho.

E a Deus, por ter me concedido o privilégio de ter uma família maravilhosa e me permitir concluir mais esta etapa.

Obrigada.

Resumo

BEZERRA, Pâmela Moema Policarpo. **Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos, na UBS Cidade Nova, Demerval Lobão – PI.** 2015. 98f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família): Programa de Especialização em Saúde da Família, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

O presente estudo vem da necessidade de uma atenção à saúde de melhor qualidade e cobertura para hipertensos e diabéticos em todo Brasil, pois estas doenças estão associadas a complicações cardiovasculares e cerebrovasculares, que reduzem a qualidade e expectativa de vida. E há evidências que mostram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica reduz hospitalizações e complicações. O objetivo principal deste estudo é melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos, na UBS Cidade Nova, incluindo uma ampliação da cobertura e melhora da qualidade da atenção. Para a realização deste estudo foi utilizado uma ficha espelho específica para cada hipertenso e diabético contendo todos os dados necessários para um acompanhamento de qualidade e esta ficha foi atualizada para todos os usuários. Foi feita uma capacitação com toda a equipe da Unidade Básica de Saúde sobre os protocolos do Ministério da Saúde da Atenção Primária para Hipertensão e Diabetes Mellitus, com melhora do acolhimento destes usuários, do atendimento clínico, realização de atividades mensais de esclarecimentos a comunidade e monitoramento da intervenção através das fichas espelho durante três meses. Conseguiu-se nessa intervenção aumentar a cobertura de hipertensos de 45% para 56,4% e a cobertura de diabéticos de 37% para 54,9%. Conseguiu-se também melhorar a qualidade da atenção a essa população através do exame clínico adequado, realização dos exames complementares atingindo 96,5% dos hipertensos e 91,9% dos diabéticos. E alcançou-se a meta ao 100% de hipertensos e diabéticos terem recebido as orientações adequadas e terem sua ficha de acompanhamento atualizada. Dessa forma viu-se que a melhoria do acolhimento e atendimento destes usuários, ocorrendo de forma integrada entre toda a Equipe de Saúde da Família promove uma melhoria da cobertura e da qualidade da atenção de hipertensos e diabéticos.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia da entrada da UBS Cidade Nova.....	18
Figura 2	Fotografia da camiseta confeccionada para Caminhada do HiperDia.....	55
Figura 3	Fotografia da palestra da nutricionista no evento da Caminhada do HiperDia.....	56
Figura 4	Fotografia da palestra da nutricionista.....	56
Figura 5	Fotografia do alongamento realizado pela fisioterapeuta antes da Caminhada do HiperDia.....	57
Figura 6	Fotografia da Caminhada do HiperDia.....	58
Figura 7	Fotografia da Caminhada do HiperDia.....	58
Figura 8	Fotografia das ACS da equipe cantando uma paródia sobre hipertensão durante a caminhada do HiperDia.....	59
Figura 9	Fotografia durante a caminhada do HiperDia.....	59
Figura 10	Fotografia da minha palestra sobre Hipertensão e Diabetes.....	60
Figura 11	Fotografia do lanche após a caminhada do HiperDia.....	60
Figura 12	Fotografia dos participantes ao final do evento da Caminhada do HiperDia.....	61
Figura 13	Fotografia da Equipe de Saúde da Família do Posto da Cidade Nova.....	61
Figura 14	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Posto da Cidade Nova.....	65
Figura 15	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Posto da Cidade Nova.....	66
Figura 16	Gráfico da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	67
Figura 17	Gráfico da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	67
Figura 18	Gráfico da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	68
Figura 19	Gráfico da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	69
Figura 20	Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia priorizada.....	70
Figura 21	Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/HiperDia priorizada.....	71
Figura 22	Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	72
Figura 23	Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	72
Figura 24	Gráfico da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.....	73

Figura 25	Gráfico da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.....	74
Figura 26	Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.....	76
Figura 27	Gráfico da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.....	77

Lista de Abreviaturas e Siglas

ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Equipe de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MS	Ministério da Saúde
PA	Pressão Arterial
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	10
1 ANÁLISE SITUACIONAL.....	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da minha UBS.....	11
1.2 Relatório da análise situacional	12
1.3 Comentário comparativo	18
2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO.....	20
2.1 Justificativa	20
2.2 Objetivos e metas	21
2.3 Metodologia	24
2.3.1 Ações.....	24
2.3.2 Indicadores	44
2.3.3 Logística.....	48
2.3.4 Cronograma.....	51
3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO	52
3.1 Ações desenvolvidas na intervenção – facilidades e dificuldades	52
3.2 Ações previstas que não foram realizadas - fragilidades e dificuldades ..	62
3.3 Coleta e sistematização dos dados	62
3.4 Viabilidade de incorporação das ações na rotina da unidade	63
4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	64
4.1 Resultados	64
4.2 Discussão	81
4.3 Relatório da Intervenção para Gestores	83
4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade.....	84
5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE PROCESSO DE APRENDIZAGEM	86
Referências	88
ANEXOS	89
APÊNDICES.....	96

Apresentação

Este trabalho trata-se de uma intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde da Cidade Nova, em Demerval Lobão no Piauí, com o objetivo geral de melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos da área.

Inicialmente foi realizada a análise da situação da UBS, com a avaliação do engajamento público, da estrutura da unidade, do processo de trabalho e do perfil da população da área. E a partir do Relatório de Análise Situacional foi escolhido os hipertensos e diabéticos como a população alvo para realização de uma ação programática a ser determinada nos meses subsequentes.

Após a definição dos hipertensos e diabéticos como população alvo foi elaborado o Projeto de Intervenção com o objetivo de reorganizar o serviço para melhorar a atenção à saúde desta população. Foi traçado os objetivos e metas e como seria realizado a intervenção.

Foi então realizada a intervenção durante 12 semanas, com alguns ajustes e mudanças no cronograma inicial de acordo com a vivência do serviço. E por fim foi realizada a avaliação da intervenção e pôde-se comparar as metas iniciais com o que foi alcançado. Mas a reorganização do serviço e a intervenção serão perpetuados na unidade básica.

O volume está organizado em cinco unidades de trabalho sequenciais e interligadas. Na primeira parte temos a análise situacional. Na segunda parte temos a análise estratégica associada ao projeto de intervenção. Na terceira parte temos o relatório da intervenção. Na quarta parte temos a avaliação da intervenção e por fim, na quinta parte temos a minha reflexão crítica sobre o meu processo de aprendizagem.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da minha UBS

A Unidade Básica de Saúde em que atuo é o Posto da Cidade Nova, em Demerval Lobão – Piauí, possui uma estrutura consideravelmente boa, segundo me foi informado na minha entrada foi reformada à pouco tempo. Possui três consultórios, sendo um para o médico, um para o enfermeiro e um para o odontólogo, uma sala de vacinação, o balcão da recepção, dois banheiros, uma copa e a sala de curativos que é a mesma onde são mantidos as medicações, na qual a técnica da equipe é responsável. Esta é a única parte da estrutura que eu acredito que ainda precise ser reformada. Mas segundo me foi informado, uma nova unidade básica de saúde está sendo construída, mas com previsão de entrega apenas para o fim do ano. Meu consultório possui computador, mas ainda sem acesso a internet, maca de exame clínico apropriada, só faltam instrumentos que considero básicos, como otoscópio e oftalmoscópio.

Fui bem recebida no meu ambiente de trabalho, a equipe é bastante acolhedora, receptiva, dedicada e empenhada em ajudar a sanar as deficiências locais. Na unidade básica, estamos tendo dificuldades de implantar o agendamento de consultas, mas já foi realizada uma reunião esta semana na qual foi explicado a todos os agentes comunitários de saúde, que vão iniciar a divulgação. No momento todas as minhas consultas são agendadas no dia e por livre demanda, não há puericultura agendada ou pré-natal, o que torna o atendimento mais de “urgência”, do que de acompanhamento, prevenção e promoção de saúde. Minha programação da semana é visita domiciliar na segunda, atendimento da livre demanda nas terças e quintas e acompanhamento de hipertensos e diabéticos nas quartas (Hiperdia). Da forma como está estou tendo dificuldade de agir na prevenção e promoção de saúde.

Outra dificuldade, isso voltado para minha área específica, é a dificuldade nos resultados de exames laboratoriais simples, como hemograma e lipidograma, que são enviados os dados incompletos, e dificuldade na realização de exames mais complexos e essenciais para alguns diagnósticos, como endoscopia digestiva alta, ultrassonografia e tomografia computadorizada. É encontrada dificuldade também na marcação dos encaminhamentos e na locomoção da população até o especialista, pois só há especialistas na capital e é uma população de baixo poder econômico e com dificuldade de locomoção.

Como havia explicitado na tarefa anterior, mesmo a cidade em que trabalho sendo bem próxima da capital, a situação da saúde é completamente distinta. A população que atendo é extremamente carente, com baixa escolaridade, com pouco conhecimento sobre saúde e principalmente sobre cuidados de prevenção em saúde. Mas mesmo assim fui muito bem acolhida e estou tendo uma boa relação com a comunidade.

A população local, não sei se pelo histórico de pouca assistência a saúde ou pela própria falta de conhecimento acerca da saúde, tem como um problema notório, a automedicação, isso incluindo uma questão preocupante, o uso indiscriminado de medicação controlada sem acompanhamento médico e por tempo excessivamente prolongado, principalmente de benzodiazepínicos, uma medicação que tem importantes efeitos adversos, levando inclusive a dependência.

Em relação à gestão, estou percebendo que eles tem interesse e empenho em melhorar a saúde da comunidade, pois em conversas tanto com os pacientes como com a equipe, eles referiram importante melhora da saúde do ano passado para esse, com reforma das unidades de saúde e investimento em profissionais e equipamentos, apesar de ainda haver muito a ser melhorado.

1.2 Relatório da análise situacional

O município no qual estou trabalhando é Demerval Lobão no Piauí, cidade localizada a cerca de 35km da capital, que possui 13398 habitantes e sete Unidades Básicas de Saúde com Equipe de Saúde da Família. Há disponibilidade do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, sendo esta composta por um fisioterapeuta, um fonoaudiólogo, um nutricionista e um psicólogo e o município possui um serviço

hospitalar, porém com deficiência em equipamentos e instrumentos, o que faz com haja uma baixa resolubilidade. Não há Centros de Especialidades Odontológicas, nem disponibilidade de atenção especializada e os exames complementares realizados no próprio município são poucos, apenas laboratoriais básicos, os demais e os de imagem são realizados na capital e isso prejudica muito o desenvolvimento e andamento do trabalho, pois há uma demora maior que 15 dias para realização e retorno dos exames e demora de cerca de 3 meses para o atendimento em uma consulta especializada.

A UBS em que atuo é o Posto da Cidade Nova, sendo esta urbana, seu vínculo com o SUS é através da prefeitura, ela é caracterizada como Unidade Básica de Saúde Tradicional com Equipe de Saúde da Família e nela são desenvolvidas atividades de ensino na área de fisioterapia. Só há a minha equipe de saúde da família que trabalha nesta UBS, que é composta por uma médica, uma enfermeira, um cirurgião-dentista, uma técnica de enfermagem, um auxiliar em saúde bucal e seis agentes comunitários de saúde e trabalham também na UBS uma recepcionista, um agente de segurança e um auxiliar de serviços gerais.

Em relação à estrutura física, ela possui um espaço adequado para boa acomodação na sala de espera para 15 pacientes, um consultório com sanitário e dois consultórios sem sanitário, sala de vacina, uma mesma sala para curativo e para dispensação de medicamentos e uma cozinha. Porém não possui sala de reuniões e educação em saúde, almoxarifado, de nebulização, lavagem e descontaminação de material, esterilização e estocagem de material, abrigo para resíduos sólidos, depósito para lixo contaminado e sala para ACS. No interior da UBS as paredes internas não são laváveis e os pisos não são de superfície regular, firme, estável e antiderrapante e não existem rampas, corrimãos, as calçadas são inadequadas para o deslocamento seguro das pessoas e há banheiro acessível a usuários de cadeiras de rodas. Temos uma população com uma prevalência grande de idosos e o piso irregular aumenta o risco de acidentes e quedas, e portanto de fraturas. A falta das salas de curativo, nebulização e procedimento limitam o desenvolvimento do trabalho, pois diversos casos que poderiam ser resolvidos no próprio âmbito da UBS são encaminhados. E a inadequação do ambiente impede o deslocamento livre de idosos e portadores de deficiência, reduzindo sua participação nas atividades em saúde propostas pela equipe e aumentando o número de

pacientes que necessitam de visita domiciliar. Está sendo construída uma nova UBS na qual minha equipe irá trabalhar e assim será possível minimizar a maioria dessas deficiências.

Quanto às atribuições da equipe, são realizadas de forma adequada a identificação de grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e de grupos de agravos, territorialização, mapeamento da área, busca ativa de faltosos, cuidado domiciliar, busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória, assim como notificação compulsória e as atividades de grupo na UBS com participação da comunidade. As atribuições que minha equipe não consegue atender são a não realização de pequenas cirurgias, por falta de material, a impossibilidade de realizar alguns procedimentos no domicílio, diminuindo a integralidade do cuidado desta população e a sobrecarga de outros serviços pra realização dos procedimentos. Quanto a essas limitações não há possibilidade de enfrentamento por enquanto, pois faltam os equipamentos e materiais.

A população da área adscrita é de cerca de 3000 habitantes, com um discreto predomínio da população feminina, uma proporção de cerca de 10% de idosos em relação a população total e uma grande proporção de crianças. A estrutura da UBS é pequena para o tamanho da área adscrita e quanto a equipe, esta está adequada, com cada ACS responsável por cerca de 130 famílias.

O acolhimento na UBS em que atuo é realizado pela enfermeira, técnica de enfermagem e recepcionista, sendo feito o acolhimento pela equipe de referência do usuário. Este é realizado todos os dias e todas as necessidades são escutadas e é feito a avaliação e classificação de risco para o encaminhamento, porém não há sala específica e nem equipe específica. Dentre as dificuldades está o excesso de demanda de atendimento do dia para todas as profissões, com as marcações sendo realizadas no dia de atendimento e sem agendamento prévio, assim há uma demora excessiva no acolhimento e tanto usuários com problema agudo, como os de atendimento de rotina são escutados em ordem de chegada. O excesso de demanda é manejado orientando-se o retorno no dia seguinte. Uma forma de minimizar as dificuldades encontradas seria a implantação da marcação prévia, que diminuiria o fluxo aumentado toda manhã com a “fila e cota de consultas do dia”, pois além de desconfortável é contrário ao princípio da equidade, o que promove

uma melhor avaliação e classificação de risco dos usuários, e uma redução no tempo de atendimento dos usuários prioritários.

Quanto à saúde da criança, na UBS em que atuo são realizadas muitas ações de atenção à saúde da criança, como o atendimento de puericultura, que é realizado uma vez na semana tanto por mim como pela enfermeira, na qual é realizado diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, de saúde mental, prevenção da anemia, da violência e orientações quanto ao aleitamento materno e hábitos alimentares saudáveis, além das imunizações. No meu serviço, as ações são estruturadas seguindo o protocolo do Ministério da Saúde, o registro da consulta é feito no prontuário clínico e em um livro de registros, mas não há formulário especial de puericultura. É realizada revisão e monitoramento mensal dessa atividade pela enfermeira para verificar e identificar crianças faltosas, completude de registros, procedimentos em atraso, crianças em risco e avaliar a qualidade do programa. A cobertura da atenção à saúde da criança é de 93%, como uma boa adesão da população e uma qualidade da atenção também muito boa, estando 90% das crianças acompanhadas com as ações em dia de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde e o registro nos prontuários clínicos permite uma boa qualidade de registros para posterior avaliação e monitoramento. Para conseguir ainda uma melhor cobertura e adesão é muito importante a realização da busca ativa de crianças faltosas pelo agente comunitário de saúde, para integração dessas crianças ao serviço e equipe, com o desenvolvimento de uma melhor qualidade no seu acompanhamento as crianças.

Acerca do pré-natal e puerpério, na UBS em que atuo é realizado o atendimento pré-natal uma vez na semana, por mim, pela enfermeira e pelo odontólogo, na qual são desenvolvidas as ações de diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, de saúde bucal, de saúde mental, controle de cânceres de colo, imunizações e orientações quanto ao planejamento familiar, aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis e atividade física. O protocolo adotado é o do Ministério da Saúde e os atendimentos são registrados no prontuário clínico e em um livro de registros como monitoramento e avaliação mensal pela enfermeira da equipe. A cobertura da atenção à gestante é de apenas 58% da população estimada, mas dessa população coberta há uma boa adesão e boa qualidade na atenção ao pré-natal, encontrando dificuldade principalmente na realização dos

exames ainda no primeiro trimestre da gestação, devido a demora na realização do exame confirmatório da gestação e nos exames do primeiro trimestre, por esses serem realizados em outra cidade, com demora na marcação. Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção pré-natal, é necessário à busca de gestantes e mulheres com atraso menstrual, buscando iniciar o pré-natal nas primeiras 12 semanas.

Quanto à prevenção do Câncer de colo de útero são realizadas orientações sobre a importância do uso de preservativo nas relações sexuais, sobre os malefícios do tabagismo e da necessidade da realização periódica de exame preventivo, além da própria coleta do exame citopatológico, que é realizado uma vez na semana pela enfermeira e é seguido o protocolo do Ministério da Saúde. Os registros são realizados em um livro específico e nos prontuários e a revisão, monitoramento e planejamento é realizado mensalmente pela enfermeira. As maiores dificuldades estão na cobertura e adesão da população, com uma cobertura de apenas 55% da população estimada e um atraso de mais de seis meses do exame citopatológico correspondendo a 10% da população, mas dentre os aspectos positivos está a qualidade do atendimento e dos registros, que permite fácil acesso aos dados, facilitando o planejamento e monitoramento das ações. Ações que possibilitam a ampliação da cobertura e melhora da qualidade do Controle do Câncer de Colo de Útero são a realização de mais atividades educativas para esse público alvo e a busca ativa deste público.

Em relação ao Controle do Câncer de Mama as ações realizadas são o controle do peso corporal, estímulo à prática de atividade física, orientações sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool, assim como do reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama e o rastreamento através da mamografia, mas esta de forma apenas oportunística e não é seguido nenhum protocolo, não há registro específico destas mulheres que realizam a mamografia, sendo registrado apenas no prontuário, o que dificulta a avaliação dos dados. Não há revisão, monitoramento e avaliação desses arquivos. Neste aspecto há uma baixa qualidade da atenção, uma forma de registro deficiente, o que pode ser o uso de uma ficha específica na qual seja registrada os fatores de risco, as mamografias realizadas e os resultados, já com a previsão para o próximo exame.

À atenção aos hipertensos e diabéticos na UBS em que atuo é realizada através das ações de orientação acerca dos hábitos alimentares saudáveis, dos malefícios do consumo excessivo de álcool e do tabagismo, do controle do peso, estímulo à prática regular de atividade física e atendimentos nas quais são realizados diagnósticos e tratamento dos problemas clínicos, de saúde mental, do alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo. As ações são estruturadas seguindo o protocolo do Ministério da Saúde, os atendimentos são realizados em um dia da semana exclusivo para os hipertensos e diabéticos da área (Hiperdia) e os registros além de serem realizados no prontuário clínico, também são feitos em um formulário especial, permitindo a revisão, avaliação e monitoramento destas ações. As maiores dificuldades observadas foram a baixa cobertura, segundo a estimativa do Caderno de Ações Programáticas apenas 45% dos hipertensos e 37% dos diabéticos estão cobertos, com uma adesão abaixo do ideal, isso se deve principalmente ao baixo nível de escolaridade e a falta de conhecimento sobre a gravidade dessas doenças e as suas consequências graves e limitantes. E quanto a qualidade da atenção há deficiência na estratificação de risco nos hipertensos e diabéticos e na realização de exame físico com avaliação dos pés, palpação de pulsos e medida da sensibilidade. Para ampliar a cobertura é necessário instituir a aferição da PA de todos os pacientes que vão à UBS e avaliar todos os usuários que apresentam maior risco para diabetes e realizar o exame de glicemia de jejum anualmente. Já para melhorar a qualidade do atendimento é importante a realização rotineira da estratificação de risco para melhor acompanhamento, a avaliação das possíveis complicações da diabetes como DAOP, perda de sensibilidade, através de um exame físico mais detalhado e desenvolver mais trabalhos na comunidade apresentando a doença e a importância do seu controle.

Na UBS em que atuo as ações de atenção à saúde do idoso são realizadas através de atividades em grupo e através das consultas, nas quais se faz orientações acerca dos hábitos de vida saudáveis, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos, de saúde mental, alcoolismo, obesidade, sedentarismo e tabagismo, mas apenas aos usuários que oportunamente procuram a UBS para atendimento e os com necessidade de cuidado domiciliar. Não é adotado nenhum protocolo de atendimento e nem registro específico, os registros são feitos apenas no prontuário clínico. As maiores dificuldades observadas foram a baixa qualidade

de atenção à saúde dos idosos, sem a utilização de um protocolo para atendimento e a falta de uma ficha específica, dificultando o processo de avaliação e monitoramento desta população. Para promover uma maior atenção à saúde desta população é necessário a implantação de um protocolo de atendimento ao idoso e a utilização de uma ficha específica de atendimento.

Considerando toda a análise situacional considero que os maiores desafios são a melhoria na qualidade do atendimento aos hipertensos e diabéticos e a implantação de um protocolo no atendimento de alguns grupos prioritários, como idosos e na prevenção do câncer de mama.

1.3 Comentário comparativo

Após a leitura do texto que escrevi no início da especialização sobre a situação da UBS em que atuo percebo que eu já havia notado muitos problemas dela, mas apenas voltados para a realização do meu atendimento diário, como falta de equipamentos e após este tempo de aprendizado pude avaliar de maneira mais criteriosa e observar muitas outras deficiências que não pude observar inicialmente, como na estrutura da UBS, entre eles a falta de acessibilidade, no acolhimento da demanda, na deficiência do atendimento de grupos prioritários principalmente em idosos, hipertensos e diabéticos.



Figura 1 – Fotografia da entrada da UBS Cidade Nova, Demerval Lobão, Piauí.
Fonte: Própria, 2014.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO

2.1 Justificativa

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um problema de saúde pública no Brasil, pois além da sua alta prevalência possui baixas taxas de controle. Ela é uma das principais responsáveis pela redução da expectativa e da qualidade de vida dos indivíduos, por ser fator de risco para várias doenças crônicas não transmissíveis como aterosclerose, que leva as doenças cardiovasculares fatais e não fatais, além de ser causa direta de cardiopatia hipertensiva, como posterior desenvolvimento de insuficiência cardíaca. A diabetes mellitus (DM) também é um importante problema de saúde por sua associação com complicações cardiovasculares e cerebrovasculares. A ação programática envolvendo essas doenças, promovendo uma melhor cobertura, qualidade e integralidade do cuidado é essencial, pois já há evidências que mostram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica reduz hospitalizações e complicações, melhorando assim a expectativa e qualidade de vida (BRASIL, 2006; BRASIL, 2006).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) do Posto da Cidade Nova possui um espaço adequado para boa acomodação na sala de espera para 15 pacientes, um consultório com sanitário e dois consultórios sem sanitário, sala de vacina, uma mesma sala para curativo e para dispensação de medicamentos e uma cozinha, mas não possui sala de reuniões e educação em saúde, o que dificulta a realização de palestras e atividades educativas. A equipe é composta por uma médica, uma enfermeira, um cirurgião-dentista, uma técnica de enfermagem, um auxiliar em saúde bucal e seis agentes comunitários de saúde e trabalham também na UBS uma recepcionista, um agente de segurança e um auxiliar de serviços gerais. A população da área adscrita é de cerca de 3000 habitantes, com um discreto predomínio da população feminina, uma proporção de cerca de 10% de idosos em relação a população total, que é uma população que tem maior prevalência destas doenças.

Após a realização da Análise Situacional, percebeu-se que os maiores déficits quanto à atenção de grupos prioritários são a baixa qualidade e cobertura no atendimento aos hipertensos e diabéticos, e ausência de um protocolo no atendimento de idosos e na prevenção do câncer de mama. A enfermeira que

também está realizando a especialização e atuará na UBS em que atuou escolhendo como população alvo os idosos.

Assim, a população alvo escolhida para a intervenção são os hipertensos e os diabéticos, todos com 20 anos ou mais residentes na área adscrita. A cobertura atual dessa população alvo é 45% de hipertensos, que corresponde a 206 hipertensos e 37% de diabéticos, que corresponde a 41 diabéticos. A adesão destes usuários atendidos atualmente é boa, estando em torno de 90% e quanto a qualidade da atenção à saúde desta população, há deficiência na realização da estratificação de risco cardiovascular em hipertensos e diabéticos e na realização do exame físico completo, principalmente em diabéticos. Já são realizados mensalmente grupos de adultos com HAS e DM onde são realizadas as atividades de promoção e prevenção em saúde.

Esta ação programática é muito importante no contexto da UBS, pois através dela é possível ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da assistência, além do estímulo a promoção da saúde e vida saudável. Atualmente já há um dia específico de atendimento para essa população alvo, mas onde não são realizadas todas as atividades de forma integral e completa. Uma das principais dificuldades será conseguir realizar os exames complementares preconizados no protocolo, pois há uma demora na marcação e do retorno dos usuários com os resultados, já que a maioria dos exames são realizados em outra cidade e os usuários tem limitações de locomoção. Mas a boa relação e engajamento da equipe, como envolvimento de todos na busca de melhorar a atenção a saúde da população alvo viabilizará a realização da intervenção, além de já haver um dia específico, já há uma ficha específica que precisa apenas ser aprimorada.

2.2 Objetivos e metas

A meta de cobertura dos hipertensos da área adscrita será de ampliar para 60%, considerando que atualmente abrange 45% (206 hipertensos) com o objetivo de aumentar pelo menos 15%, o que equivale a 30 hipertensos por mês, com o estímulo e implantação da aferição de PA em todos os usuários que comparecem à UBS, tanto os que serão atendidos pelo médico, como os atendimentos por a enfermeira e pelo dentista, e os usuários que apresentarem alteração, que seja

programado o retorno para ser aferido em outras ocasiões na mesma semana e assim possa ser realizado o diagnóstico. Quanto aos diabéticos, a meta é ampliar a cobertura para 50%, estando atualmente em 37% (41 pacientes), sendo essa mais baixa do que o ideal pelo pouco tempo de intervenção (3 meses) e a demora na realização dos exames laboratoriais na cidade da UBS em que atuo. Pretendo alcançar essa meta solicitando de forma rotineira a glicemia de jejum em todos os usuários que apresentem fatores de risco para diabetes.

Quanto aos objetivos e metas propostos, acredito que terei facilidade para melhorar a qualidade do atendimento e do registro de informações, principalmente quanto ao exame físico, pois já há um dia específico para avaliação deste grupo e ficha específica de acompanhamento, mas quanto à conseguir atingir a meta de 100% dos exames complementares preconizados no protocolo acredito que terei dificuldades pois vai além da minha governabilidade, pela demora na marcação e do retorno dos usuários com os resultados, já que a maioria dos exames são realizados em outra cidade e os usuários tem limitações de locomoção. E quanto a promoção em saúde também acho que terei facilidade de adesão, pois além das orientações que já são realizadas durante o atendimento, há realização de atividades em grupo e de palestras. Em relação à busca de faltosos também acredito que não encontrarei dificuldades, pelo cadastramento e pela boa relação e engajamento da equipe.

Abaixo relação de objetivos e metas elencados para intervenção:

Objetivo Geral:

Melhorar a atenção à saúde de hipertensos e diabéticos, na UBS Cidade Nova.

Objetivos Específicos:

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

Metas:

1.1 Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

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

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

Metas:

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

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

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

Metas:

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Metas:

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

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

Metas:

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Metas:

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

2.3.1 Ações

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

Metas:

1.1 Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

- Criação e utilização de uma ficha específica para cada hipertenso que contenha todos os dados que necessitam ser monitorados

- Organizar em pastas separadas para possibilitar a monitorização de forma mais fácil e assim facilitar a busca de faltosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Garantir o registro dos hipertensos cadastrados no Programa e melhorar o acolhimento para os portadores de HAS:
- Porta aberta aos hipertensos, com agendamento da consulta e acompanhamento.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e para hemoglicoteste na UBS:
- Através de conversas com a gestão conseguir todo o material necessário.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos , pelo menos, anualmente.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.
- Realizar práticas coletivas, com palestras e dramatizações, informando sobre o protocolo, importância de medida anual da PA, investigação de diabetes em pacientes com fatores de risco, riscos de doenças cardiovasculares se doenças não controladas e demais informações essenciais.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Nas reuniões com a equipe para leitura e esclarecimento do protocolo, realizar capacitação e treinamento da equipe, tanto para cadastramento, como aferição

da PA, preenchimento das fichas, orientações que deverão ser dadas a comunidade, entre outros.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde:
- Criação e utilização de uma ficha específica para cada diabético que contenha todos os dados que necessitam ser monitorados;
- Organizar em pastas separadas para possibilitar a monitorização de forma mais fácil e assim facilitar a busca de faltosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Garantir o registro dos diabéticos cadastrados no Programa e melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de DM:
- Porta aberta aos diabéticos, com agendamento da consulta e acompanhamento.
- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial e para hemoglicoteste na UBS:
- Através de conversas com a gestão conseguir todo o material necessário.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.
- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.
- Realizar práticas coletivas, com palestras e dramatizações, informando sobre o protocolo, importância de medida anual da PA, investigação de diabetes em

pacientes com fatores de risco, riscos de doenças cardiovasculares se doenças não controladas e demais informações essenciais.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

→ Capacitar os ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde.

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

- Nas reuniões com a equipe para leitura e esclarecimento do protocolo, realizar capacitação e treinamento da equipe, tanto para cadastramento, como aferição da PA, preenchimento das fichas, orientações que deverão ser dadas a comunidade, entre outros.

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

Metas:

2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

→ Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos

- Utilização de uma ficha específica para cada hipertenso que contenha todos os dados que necessitam ser monitorados.

- Organizar em pastas separadas para possibilitar a monitorização de forma mais fácil.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

→ Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos

→ Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

→ Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Realizar várias reuniões com a equipe para apresentar o protocolo completo de atendimento de hipertensos e diabéticos, e capacitação para assim dividir as atribuições de cada profissional.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.
- Imprimir o protocolo atualizado e deixar a disposição na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.
- Realizar práticas coletivas, com palestras e dramatizações, informando sobre o protocolo, importância de medida anual da PA, investigação de diabetes em pacientes com fatores de risco, riscos de doenças cardiovasculares se doenças não controladas e demais informações essenciais.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.
- Nas reuniões com a equipe para leitura e esclarecimento do protocolo, realizar capacitação e treinamento da equipe para realização do exame clínico apropriado.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos
- Utilização de uma ficha específica para cada diabético que contenha todos os dados que necessitam ser monitorados.
- Organizar em pastas separadas para possibilitar a monitorização de forma mais fácil.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de diabéticos
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.
- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

- Realizar várias reuniões com a equipe para apresentar o protocolo completo de atendimento de diabéticos, e capacitação para assim dividir as atribuições de cada profissional.

- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

- Imprimir o protocolo atualizado e deixar a disposição na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

- Realizar práticas coletivas, com palestras e dramatizações, informando sobre o protocolo, investigação de diabetes em pacientes com fatores de risco, riscos de doenças cardiovasculares se doenças não controladas e demais informações essenciais.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

- Nas reuniões com a equipe para leitura e esclarecimento do protocolo, realizar capacitação e treinamento da equipe para realização do exame clínico apropriado.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

- Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

- Utilização de uma ficha específica para cada hipertenso contendo todos os dados que necessitam ser monitorados, inclusive os exames laboratoriais solicitados e periodicidade.

- Organizar em pastas separadas para possibilitar a monitorização de forma mais fácil.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO:

→ Garantir a solicitação dos exames complementares.

- Solicitar durante a consulta todos os exames complementares recomendados segundo o protocolo.

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

- Buscar junto a gestão agilidade na realização dos exames complementares, que serão solicitados com a periodicidade adequada a todos os hipertensos e diabéticos, e solicitados na primeira consulta.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

→ Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

→ Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

- Realizar práticas coletivas, com palestras e dramatizações, informando sobre o protocolo, a necessidade da realização de exames complementares e periodicidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

- Nas reuniões com a equipe para leitura e esclarecimento do protocolo, realizar capacitação e treinamento da equipe quanto a solicitação de exames complementares.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

→ Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

→ Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

- Utilização de uma ficha específica para cada diabético contendo todos os dados que necessitam ser monitorados, inclusive os exames laboratoriais solicitados e periodicidade.

- Organizar em pastas separadas para possibilitar a monitorização de forma mais fácil e assim facilitar a busca de faltosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO:

→ Garantir a solicitação dos exames complementares.

- Solicitar durante a consulta todos os exames complementares recomendados segundo o protocolo.

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

- Buscar junto a gestão agilidade na realização dos exames complementares, que serão solicitados com a periodicidade adequada a todos os pacientes hipertensos e diabéticos, e solicitados na primeira consulta.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

→ Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares.

→ Orientar os pacientes e a comunidade quanto a periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

- Realizar práticas coletivas, com palestras e dramatizações, informando sobre o protocolo, a necessidade da realização de exames complementares e periodicidade.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

- Nas reuniões com a equipe para leitura e esclarecimento do protocolo, realizar capacitação e treinamento da equipe quanto a solicitação de exames complementares.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
 - Utilização de uma ficha específica para cada hipertenso contendo nos dados os medicamentos em uso e se esses estão inclusos na farmácia popular.
 - Organizar em pastas separadas para possibilitar a monitorização de forma mais fácil.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Realizar controle de estoque de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
 - Nas avaliações priorizar os medicamentos disponíveis e avaliar os mais utilizados e registrar as necessidades e medicamentos em falta.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
 - Realizar práticas coletivas, com palestras e dramatizações, informando sobre o protocolo e quanto ao direito ao acesso aos medicamentos da farmácia popular.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- 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.

- Nas reuniões com a equipe para leitura e esclarecimento do protocolo, realizar capacitação e treinamento da equipe para orientar as dúvidas sobre forma de acesso aos medicamentos da farmácia popular e alternativas, além da atualização constante durante as reuniões acerca do tema.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
 - Utilização de uma ficha específica para cada diabético contendo nos dados os medicamentos em uso e se esses estão inclusos na farmácia popular.
 - Organizar em pastas separadas para possibilitar a monitorização de forma mais fácil.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Realizar controle de estoque de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.
 - Nas avaliações priorizar os medicamentos disponíveis e avaliar os mais utilizados e registrar as necessidades e medicamentos em falta.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.
 - Realizar práticas coletivas, com palestras e dramatizações, informando sobre o protocolo e quanto ao direito ao acesso aos medicamentos da farmácia popular.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Realizar atualização do profissional no tratamento da diabetes.

→ Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

- Nas reuniões com a equipe para leitura e esclarecimento do protocolo, realizar capacitação e treinamento da equipe para orientar as dúvidas sobre forma de acesso aos medicamentos da farmácia popular e alternativas, além da atualização constante durante as reuniões acerca do tema.

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

Metas:

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

- Utilização de uma ficha específica para cada hipertenso que contenha todos os dados que necessitam ser monitorados, incluindo a periodicidade das consultas.
- Organizar em pastas separadas para possibilitar a monitorização de forma mais fácil e assim facilitar a busca de pacientes faltosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO:

→ Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos

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

- Fazer reuniões com a equipe para avaliação dos faltosos e agendar com os ACS visita domiciliar.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

→ Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.

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

- Realizar práticas coletivas, com palestras e dramatizações, informando sobre o protocolo, importância da realização das consultas e periodicidade delas para os hipertensos.
 - Aproveitar também, todo o momento das consultas para reforçar a importância do diagnóstico, acompanhamento e controle dessas doenças.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão.
- Durante essas reuniões, possibilitar um momento para que os usuários tirem dúvidas e deem sugestões.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
- Nas reuniões com a equipe para leitura e esclarecimento do protocolo, realizar capacitação e treinamento da equipe quanto as orientações que deverão ser dadas a comunidade, entre elas sobre a realização e periodicidade das consultas.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).
- Utilização de uma ficha específica para cada diabético que contenha todos os dados que necessitam ser monitorados, incluindo a periodicidade das consultas.
 - Organizar em pastas separadas para possibilitar a monitorização de forma mais fácil e assim facilitar a busca de pacientes faltosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DE SERVIÇO:

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

- Fazer reuniões com a equipe para avaliação dos faltosos e agendar com os ACS visita domiciliar.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.
 - Realizar práticas coletivas, com palestras e dramatizações, informando sobre o protocolo, importância da realização das consultas e periodicidade delas para os pacientes diabéticos.
 - Aproveitar também, todo o momento das consultas para reforçar a importância do diagnóstico, acompanhamento e controle dessas doenças.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes.
 - Durante essas reuniões, possibilitar um momento para que os pacientes tirem dúvidas e deem sugestões.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.
 - Nas reuniões com a equipe para leitura e esclarecimento do protocolo, realizar capacitação e treinamento da equipe quanto as orientações que deverão ser dadas a comunidade, entre elas sobre a realização e periodicidade das consultas.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

Metas:

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

→ Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde.

- Utilização de uma ficha específica para cada hipertenso que contenha todos os dados que necessitam ser monitorados, incluindo a qualidade dos registros.

- Organizar em pastas separadas para possibilitar a monitorização de forma mais fácil e assim facilitar a busca de pacientes faltosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

→ Manter as informações do SIAB atualizadas.

→ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

→ Pactuar com a equipe o registro das informações.

→ 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.

- Realizar várias reuniões com a equipe para apresentar o protocolo completo de atendimento de hipertensos, e capacitação para assim dividir as atribuições de cada profissional.

- Através da ficha específica realizar avaliação e monitoramento dos registros mensalmente, buscando avaliação das situações de alarme.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

→ 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.

- Realizar práticas coletivas, com palestras e dramatizações, informando sobre o protocolo, além de sobre os direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda, se for necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

→ 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.

- Nas reuniões com a equipe para leitura e esclarecimento do protocolo, realizar capacitação e treinamento da equipe, para o preenchimento das fichas e registro dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

→ Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

- Utilização de uma ficha específica para cada diabético que contenha todos os dados que necessitam ser monitorados, incluindo a qualidade dos registros.
- Organizar em pastas separadas para possibilitar a monitorização de forma mais fácil e assim facilitar a busca de pacientes faltosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

→ Manter as informações do SIAB atualizadas.

→ Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

→ Pactuar com a equipe o registro das informações.

→ 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.

- Realizar várias reuniões com a equipe para apresentar o protocolo completo de atendimento de diabéticos, e capacitação para assim dividir as atribuições de cada profissional.

- Através da ficha específica realizar avaliação e monitoramento dos registros mensalmente, buscando avaliação das situações de alarme.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- 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.
 - Realizar práticas coletivas, com palestras e dramatizações, informando sobre o protocolo, além de sobre os direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda, se for necessário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas
 - Nas reuniões com a equipe para leitura e esclarecimento do protocolo, realizar capacitação e treinamento da equipe, para o preenchimento das fichas e registro dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

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

Metas:

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.
 - Utilização de uma ficha específica para cada hipertenso que contenha todos os dados que necessitam ser monitorados, incluindo a estratificação de risco.
 - Organizar em pastas separadas as fichas para possibilitar a monitorização de forma mais fácil e assim facilitar a busca de faltosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.
- Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.
 - Usuários com avaliação de risco elevada terão consultas mais frequentes agendadas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- 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.
 - Aproveitar o momento das consultas para após realizar a estratificação de risco, informar o nível de risco ao usuário, a importância do acompanhamento regular, além de reforçar a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.
- Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.
 - Nas reuniões com a equipe para leitura e esclarecimento do protocolo, realizar capacitação e treinamento da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, para a importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

→ Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

- Utilização de uma ficha específica para cada diabético que contenha todos os dados que necessitam ser monitorados, incluindo a estratificação de risco.
- Organizar em pastas separadas as fichas para possibilitar a monitorização de forma mais fácil e assim facilitar a busca de pacientes faltosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

→ Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

→ Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

- Usuários com avaliação de risco elevada terão consultas mais frequentes agendadas.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

→ 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.

- Aproveitar o momento das consultas para após realizar a estratificação de risco, informar o nível de risco ao usuário, a importância do acompanhamento regular, além de reforçar a importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

→ Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo.

→ Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação.

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

- Nas reuniões com a equipe para leitura e esclarecimento do protocolo, realizar capacitação e treinamento da equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, para a

importância do registro desta avaliação e quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Metas:

- 6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.
- 6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.
- 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.
- 6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.
- 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.
- 6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.
- 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.
- 6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- 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.
 - Utilização de uma ficha específica para cada hipertenso e diabético que contenha todos os dados que necessitam ser monitorados, incluindo todas as orientações realizadas.

- Organizar em pastas separadas as fichas para possibilitar a monitorização de forma mais fácil e assim facilitar a busca de pacientes faltosos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

→ Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e sobre orientação de atividade física.

- Em reunião com a equipe, pensar nas melhores formas de organizar práticas coletivas de orientação.

→ Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade, para envolver educadores físicos nesta atividade e para a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

- Buscar junto a gestão o envolvimento do NASF na intervenção e compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

→ Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso.

→ Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.

- Na reunião da equipe avaliar a possibilidade de agendamento do atendimento bucal para esse grupo.

→ Demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes.

- Buscar junto a gestão a oferta de consultas com dentista para esses pacientes.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

→ Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, sobre a importância da prática de atividade física regular, aos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

- Realizar práticas coletivas, com palestras e dramatizações, informando sobre alimentação saudável, importância da atividade física regular e tratamento para abandono do tabagismo.

- Aproveitar também, todo o momento das consultas para reforçar as orientações sobre alimentação saudável, importância da atividade física regular e tratamento para abandono do tabagismo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, sobre a promoção da prática de atividade física regular, para o tratamento de pacientes tabagistas E para a avaliação e tratamento bucal dos pacientes hipertensos ou diabéticos.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.
 - Nas reuniões com a equipe para leitura e esclarecimento do protocolo, realizar capacitação e treinamento da equipe sobre orientações que deverão ser dadas a comunidade e metodologia de educação em saúde.

2.3.2 Indicadores

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.

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 Popular/Hiperdia priorizada.

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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.

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.

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.

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.

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 de atividade física regular.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Para realizar a intervenção no Programa de Hipertensão e Diabetes vamos adotar o Caderno de Atenção Básica de Hipertensão do Ministério da Saúde, 2013 e o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, 2013. Utilizaremos uma ficha espelho específica de hipertensos e diabéticos na qual serão coletados todos os indicadores necessários para o monitoramento da intervenção. Os dados dos usuários descritos na ficha utilizada no município, serão transcritos para a nova ficha. Estimamos alcançar com a intervenção 274 hipertensos e 56 diabéticos, que corresponde a meta de uma cobertura de 60% de hipertensos e 50% de diabéticos, estimadas pelo Caderno de Ações Programáticas utilizando como valor a média da

população adscrita na área. Faremos contato com o gestor para imprimir as 330 fichas-espelho que serão utilizadas. Para acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira, eu (médica) e a técnica de enfermagem revisaremos o livro de registro identificando todos os hipertensos e diabéticos que vieram ao serviço nos últimos três meses. Localizaremos os prontuários destes pacientes e transcreveremos todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha específica, ao mesmo tempo que realizaremos o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e complementares em atraso e falta da classificação de risco.

A intervenção começará com a capacitação de toda a equipe utilizando como referências os cadernos de atenção básica de hipertensão e diabetes para que toda equipe utilize essa referência na atenção aos hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, no qual serão reservados duas horas, nas segundas e quartas, no fim do expediente, no qual eu exporei o conteúdo aos outros membros da equipe.

O acolhimento dos hipertensos e diabéticos é realizado pela técnica de enfermagem. Usuários com pressão arterial pela primeira vez alterada serão recomendamos aferir PA em outras ocasiões e será agendado retorno preferencialmente para mesma semana e usuários com glicemia alterada serão atendidos no mesmo dia. Hipertensos e diabéticos com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno e permanecerá o dia de quarta específico para atendimento deste grupo prioritário, no qual as consultas são agendadas e ele já sai com o retorno marcado. O atendimento das intercorrências ocorrerá nas vagas disponíveis para pronto atendimento.

Serão realizadas atividades mensais para esclarecimento da comunidade sobre a importância da detecção o mais precoce possível da hipertensão e diabetes, por seus riscos cardiovasculares, sobre a importância do atendimento prioritário e da necessidade de acompanhamento regular, além da importância das medidas não farmacológicas, como estímulo ao exercício e importância da alimentação saudável e controle do peso.

Quanto ao monitoramento, quinzenalmente a enfermeira, eu e a técnica de enfermagem examinaremos as fichas específicas e identificaremos as consultas, exames clínicos, laboratoriais e estratificação de risco em atraso. Os agentes comunitários de saúde farão a busca ativa destes usuários em atraso, estimando-se 30 por semana e 120 por mês, agendando as consultas preferencialmente na quarta, mas podendo ser de acordo com a conveniência. E ao fim de cada mês as informações coletadas na ficha específica serão consolidadas na planilha eletrônica.

Quanto à saúde bucal, durante as consultas de hipertensos e diabéticos, será realizado a avaliação da necessidade de consulta odontológica e os usuários que tiverem essa necessidade serão organizados de forma prioritária no atendimento odontológico. Durante as consultas e o grupo de reuniões todos os pacientes serão orientados sobre a importância da higiene bucal.

2.3.4 Cronograma

Atividades / Semanas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª
Capacitação dos profissionais de saúde da UBS sobre os protocolos de HAS e DM												
Divisão e estabelecimento da função de cada componente da ESF												
Cadastramento de HAS e DM da área												
Atendimento clínico de HAS e DM												
Orientações e esclarecimento da comunidade sobre HAS e DM												
Grupo de HAS e DM												
Capacitação dos ACS para busca ativa de faltosos												
Busca ativa de faltosos												
Monitoramento da intervenção												
Controle de estoque de medicamentos												
Registro da intervenção												

3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1 Ações desenvolvidas na intervenção – facilidades e dificuldades

Para iniciar a análise das doze semanas de intervenção, começarei falando do que foi implementado com sucesso na UBS. Na primeira semana de intervenção foi realizada a capacitação da equipe, tanto apresentando os protocolos, como discutindo a melhor forma de implantação das ações. Foi discutido e desenvolvido uma nova forma de acolhimento destes usuários, o que possibilitou uma melhora nesse acolhimento, que passou a ter porta aberta, com agendamento das consultas e acompanhamento, mas também avaliação dos usuários não agendados excedentes as vagas, para triar as urgências, sendo essas atendidas no mesmo turno e as que não fossem caracterizadas urgências, para serem agendadas. Incluindo também a priorização de usuários de alto risco segundo o escore de Framingham e organizando a agenda desta demanda. Na capacitação também foi discutido sobre o cadastramento dos usuários, ensinado a forma correta de verificação da pressão arterial e como realizar o hemoglicoteste, como preencher a ficha espelho, as orientações que deveriam ser divulgadas na comunidade, definição das atribuições de cada profissional com a discussão e capacitação de todos quanto ao exame clínico, à solicitação dos exames apropriados, a forma de acesso a farmácia popular, a orientar sobre a periodicidade das consultas, foi definido o responsável por monitorar cada registro, como realizar a estratificação de risco através do escore de Framingham, a necessidade de registrar todas as informações, e as melhores formas e estratégias para ajudar a controlar os fatores de risco modificáveis. Foram realizadas várias reuniões com a equipe para debater as melhores formas de organizar práticas coletivas, e a melhor forma de divulgar

orientações práticas de alimentação saudável, prática de atividade física regular, tratamento de pacientes tabagistas e metodologias de educação em saúde.

Desde o início da intervenção foram implantados o cadastramento nas fichas espelho para hipertensos e diabéticos, e o preenchimento de todos os dados que foram monitorados, como realização do exame clínico, solicitação dos exames apropriados com periodicidade adequada, acesso aos medicamentos da farmácia popular, estratificação do risco cardiovascular e se foi realizada a orientação nutricional, sobre atividade física regular, sobre riscos do tabagismo e consultas periódicas anuais com o dentista. Esta ação foi fácil de ser iniciada, pois anexamos as fichas nos prontuários de cada usuário e organizamos em pastas os prontuários dos hipertensos e diabéticos por agente, o que facilitou muito o monitoramento da intervenção em todos os aspectos e objetivos, como no número de hipertensos e diabéticos, realização adequada de exame clínico e exames laboratoriais, estratificação de risco e orientações. Tivemos dificuldades ao longo da intervenção para concluir o cadastramento por a grande quantidade de usuários.

Antes da intervenção na UBS já havia esfigmomanômetro, mas o estetoscópio disponível era apenas o infantil e o aparelho de glicoteste estava com defeito e sem oftalmoscópio. Foi buscado junto a gestão esses aparelhos em falta, explicando a importância desses para a população e pedido agilidade na realização dos exames. Esta atendeu a solicitação do estetoscópio e do aparelho de glicoteste, e estes já estavam disponíveis no início da intervenção. E foi deixado na UBS uma versão atualizada dos protocolos de HAS e DM. Junto com a intervenção se iniciou uma melhor atenção, no atendimento e na promoção a saúde desta população, com a realização do exame clínico completo, solicitação de todos os exames complementares recomendados no protocolo, realização da estratificação de risco, além das orientações que agora são reforçadas nas consultas e feitas no grupo para hipertensos e diabéticos. E durante a consulta também os usuários são orientados sobre seu nível de risco e importância do acompanhamento regular.

Durante a intervenção foram realizadas duas práticas coletivas. A primeira prática coletiva foi feita em forma de palestra, na qual foram discutidos e explicados a história natural da doença, seus riscos, como doenças cardiovasculares e neurológicas e possíveis desfechos, os fatores de risco para o seu desenvolvimento, porque a necessidade do controle adequado e sobre os fatores de risco que são

modificáveis, como obesidade, entre outros. Foi discutido sobre a importância da aferição anual da PA em maiores de 18 anos e do rastreio da DM em todos os adultos com PA acima de 135x80mmHg. Com os hipertensos e diabéticos foi informado a necessidade da realização dos exames complementares, e da realização de consultas periódicas e do direito de acesso aos medicamentos da farmácia popular e da manutenção de um registro de saúde atualizado. Depois foram dadas as orientações adequadas sobre dieta, exercício, risco do tabagismo e necessidade da higiene bucal. Eles tiraram suas dúvidas e foi importante para perceber a deficiência de informações.

Na segunda prática coletiva, fizemos de forma mais interativa, informativa e inovadora, e assim conseguimos atrair a atenção tanto da comunidade, como de hipertensos e diabéticos. Foi realizada na última semana da intervenção a primeira caminhada do hiperdia, com uma grande aderência, além da população ter elogiado muito o evento. Foram realizadas várias reuniões com a equipe tanto para formular a ideia como para organizar o evento. Tivemos dificuldades com a gestão, pois levamos a ideia, pedimos o apoio e a cooperação com o dinheiro para fazer as blusas, alugar carro de som, lanche e apoio de outros profissionais de saúde. Esta disse que estava em contenção de despesas e disse que só podia fornecer frutas para o lanche e ia falar com os profissionais do NASF. Então eu e minha equipe fomos atrás de patrocínio, arrecadamos dinheiro e conseguimos fazer as blusas (Figura 2), comprar polpas para o suco, fazer a gravação para o carro de som que foi concedido por o irmão de uma das agentes de saúde da área. E a gestão disponibilizou a nutricionista e a fisioterapeuta do NASF. O evento iniciou com a palestra da nutricionista (Figuras 3 e 4), que deu várias informações sobre alimentação saudável e que alimentos hipertensos e diabéticos devem evitar. Todos prestaram bastante atenção e interagiram respondendo o que era perguntado e fazendo perguntas. Depois a fisioterapeuta fez alongamento com todos que iam participar da caminhada (Figura 5). Foi dado início a caminhada (Figuras 6 e 7), com o carro de som na frente repetindo a gravação (APÊNDICE A). Foi feita uma parada para distribuir água e as agentes da equipe tinham se programado para cantar uma paródia que acharam na internet sobre hipertensão e diabetes (ANEXO C) (Figuras 8 e 9). Foi terminado o trajeto e no retorno a UBS fiz uma palestra sobre diabetes e hipertensão e falei sobre tudo que havia sido discutido também na primeira prática

coletiva (Figura 10). No final teve um lanche com alimentação saudável (Figuras 11 a 13).

Uma ação que não estava prevista, mas que foi realizada durante a intervenção foi a mudança da forma de cadastramento dos usuários no Programa da Farmácia Popular e do controle de estoque de medicamentos. Os usuários tinham muita dificuldade de realizar o cadastro e receber o medicamento gratuitamente, então agora através dos dados dos usuários e documentos que foram solicitados a trazer, o cadastro está sendo realizado na unidade e eles recebem lá mesmo o medicamento, facilitando a aderência e o controle de medicamentos e registro dos que estão em falta.



Figura 2 – Fotografia da camiseta confeccionada para Caminhada do HiperDia, Demerval Lobão, Piauí.

Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014



Figura 3 – Fotografia da palestra da nutricionista no evento da Caminhada do HiperDia, Demerval Lobão, Piauí.
Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.



Figura 4 – Fotografia da palestra da nutricionista, Demerval Lobão, Piauí.
Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.



Figura 5 – Fotografia do alongamento realizado pela fisioterapeuta antes da Caminhada do HiperDia, Demerval Lobão, Piauí.
Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.



Figura 6 – Fotografia da Caminhada do HiperDia, Demerval Lobão, Piauí.
Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.



Figura 7 – Fotografia da Caminhada do HiperDia, Demerval Lobão, Piauí.
Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.



Figura 8 – Fotografia das ACS da equipe cantando uma paródia sobre hipertensão durante a caminhada do HiperDia, Demerval Lobão, Piauí.
Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.



Figura 9 – Fotografia durante a caminhada do HiperDia, Demerval Lobão, Piauí.
Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.



Fotografia 10 – Fotografia da minha palestra sobre Hipertensão e Diabetes, Demerval Lobão, Piauí.
Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.



Figura 11 – Fotografia do lanche após a caminhada do HiperDia, Demerval Lobão, Piauí.
Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.



Figura 12 – Fotografia dos participantes ao final do evento da Caminhada do HiperDia, Demerval Lobão, Piauí.
Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.



Figura 13 – Fotografia da Equipe de Saúde da Família do Posto da Cidade Nova, Demerval Lobão, Piauí.
Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.

3.2 Ações previstas que não foram realizadas - fragilidades e dificuldades

Mas infelizmente nem todas as ações puderam ser realizadas. O cadastro propriamente dito dos hipertensos e diabéticos no Programa de Atenção a Hipertensão e Diabetes não está sendo realizado, pois apesar do acompanhamento dos pacientes ser realizado na nossa UBS, o cadastro no Programa é realizado na Secretaria de Saúde e há uma demora muito grande. Entrei em contato com a gestão, mas não obtive retorno até o fim da intervenção, assim, os cadastros ainda não foram realizados. E as informações do SIAB, para serem atualizadas, também dependem da secretaria, portanto também terminaram desatualizadas. Em relação aos exames, todos foram solicitados conforme o protocolo, mas alguns são realizados apenas em Teresina – PI, entre eles, o eletrocardiograma e hemoglobina glicada, então há demora no agendamento do exame e no deslocamento até a cidade. Não consegui até o fim da intervenção uma forma de transportar os usuários e agilizar a realização. E o exame da microalbuminúria mesmo tendo sido solicitada pra todos os diabéticos, não obtive retorno. Nenhum foi realizado, pois segundo a Secretaria eles não podiam agendar. Não foi realizado o grupo de hipertensos e diabéticos programado para setembro, pois eu estava de férias e minha equipe preferiu não realizar sem a minha presença. Não consegui junto a gestão a disponibilização de medicamentos para o tratamentos do “abandono do tabagismo”.

Durante a intervenção tivemos problemas também no cadastro de todos os hipertensos e diabéticos, que só pode ser concluída no terceiro mês. Isto dificultou a criação de um sistema de alerta eficaz de usuários com atraso da consulta, ou faltosos e por isso não conseguimos organizar visitas domiciliares a todos os faltosos. E também não conseguimos organizar a atenção à saúde bucal, pois não foi possível reorganizar a forma de atendimento do dentista que continuou sendo por demanda espontânea.

3.3 Coleta e sistematização dos dados

Quanto à coleta e sistematização dos dados, tivemos muitas dificuldades no cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área, tanto que só conseguimos ao final da intervenção. Acredito que devido a grande quantidade de usuários as ACS tiveram dificuldade de concluir o cadastramento de todos da sua

área de abrangência. Quanto ao fechamento das planilhas e cálculo dos indicadores não tive dificuldades, pois a planilha é extremamente fácil de ser manejada e já calcula automaticamente os indicadores.

3.4 Viabilidade de incorporação das ações na rotina da unidade

Analizando as ações da intervenção, tem muitas ações, como a realização do exame físico completo, solicitação dos exames complementares necessários, priorização dos medicamentos da Farmácia Popular, realização da estratificação do risco, manutenção da ficha de acompanhamento atualizada e a partir dela, monitoramento de todas as intervenções realizadas e realização das orientações adequadas a todos os hipertensos e diabéticos, que foram perfeitamente incorporadas na rotina da equipe e será facilmente mantida, mesmo após a minha saída da UBS. E para que isso ocorra é necessário apenas que permaneçam sendo utilizadas as fichas espelho e fiquem sendo monitoradas as ações. E além do que foi possível ser implantado, é necessário que algumas ações também sejam realizadas, como o registro desses usuários no Programa de Atenção a Hipertensão e Diabetes, a disponibilização de transporte e agendamento mais veloz de exames, a manutenção do cadastramento com monitoramento de todos os dados mensalmente para possibilitar a implantação do sistema de alarme, além da disponibilização da medicação de forma gratuita para população.

4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos. Na área adscrita da UBS em que atuo existem, por estimativa, 456 hipertensos e 113 diabéticos. Na UBS em que atuo foram cadastrados na intervenção 257 hipertensos, correspondendo a uma cobertura de 56,4% na área adscrita e 62 diabéticos, correspondendo a uma cobertura de 54,9%.

Objetivo: Melhorar a cobertura da atenção a saúde dos hipertensos.

Meta: Cadastrar 60% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

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

Evolução: Mês 1: 25,9% (118 hipertensos); Mês 2: 35,3% (161 hipertensos); Mês 3: 56,4% (257 hipertensos) (Figura 14).

Minha área tem pela estimativa do Caderno de Ações Programáticas tem 456 hipertensos. Ao iniciar a intervenção, apenas 206 (45%) hipertensos estavam cobertos. Ao longo da intervenção mais 51 (11,4%) hipertensos foram cadastrados. Sendo assim, a cobertura foi ampliada no programa de atenção ao hipertenso de 45% para 56,4%.

As ações que mais auxiliaram na captação dos hipertensos foram o cadastramento pelos ACS dos hipertensos da área através das visitas domiciliares e a porta aberta a esses usuários, com agendamento da consulta e acompanhamento.

O fato de eu ter entrado de férias durante um mês da intervenção foi um dos fatores que contribuíram para que eu não atingisse a meta da cobertura de hipertensos.

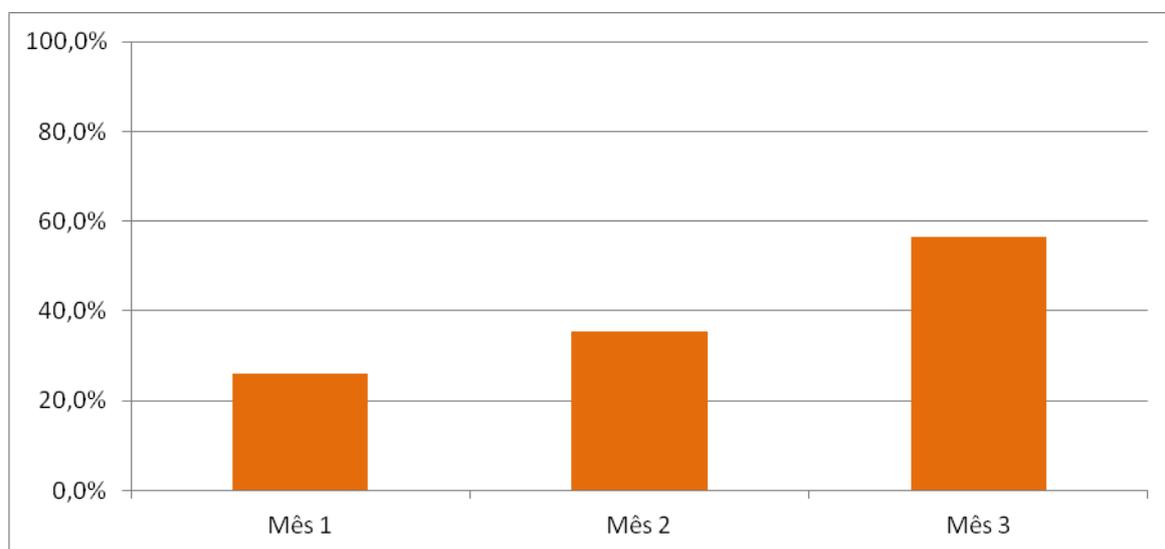


Figura 14 – Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Posto da Cidade Nova, Demerval Lobão, Piauí.

Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.

Objetivo: Melhorar a cobertura da atenção a saúde dos diabéticos.

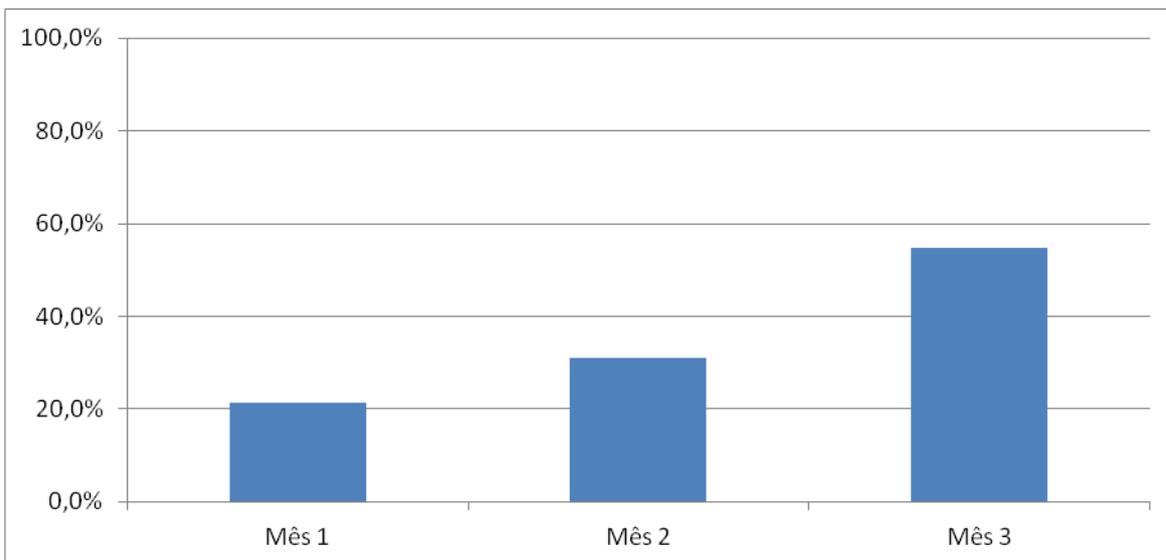
Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Evolução: Mês 1: 21,2% (24 diabéticos); Mês 2: 31% (35 diabéticos); Mês 3: 54,9% (62 diabéticos).

Minha área tem pela estimativa do Caderno de Ações Programáticas 113 diabéticos. Ao iniciar a intervenção havia 41 (37%) dos diabéticos cobertos e ao longo da intervenção mais 21 (17,9%) diabéticos foram cadastrados. Sendo assim, a cobertura foi ampliada no programa de atenção ao diabético de 37% para 54,9% (Figura 15).

As ações que mais auxiliaram na captação dos diabéticos foram o cadastramento pelos ACS dos diabéticos da área através das visitas domiciliares e a porta aberta a esses usuários, com agendamento da consulta e acompanhamento.



Fig

ura 15 – Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Posto da Cidade Nova, Demerval Lobão, Piauí.

Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos.

Metas: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

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

Evolução: Mês 1: 67,8% (80 hipertensos); 76,4% (123 hipertensos); 96,5% (248 hipertensos).

Entre os usuários cadastrados no programa, realizaram exame clínico 248 portadores de HAS durante as ações do projeto, sendo 96,5% de hipertensos inscritos no programa (Figuras 16). Estes números demonstram uma boa adesão desta população da área às ações, apenas nove portadores de HAS não foram avaliados durante estes três meses de intervenção.

As ações que mais contribuíram para melhorar a proporção de exame físico apropriado foram a definição de atribuições e a capacitação da equipe realizada no início da intervenção.

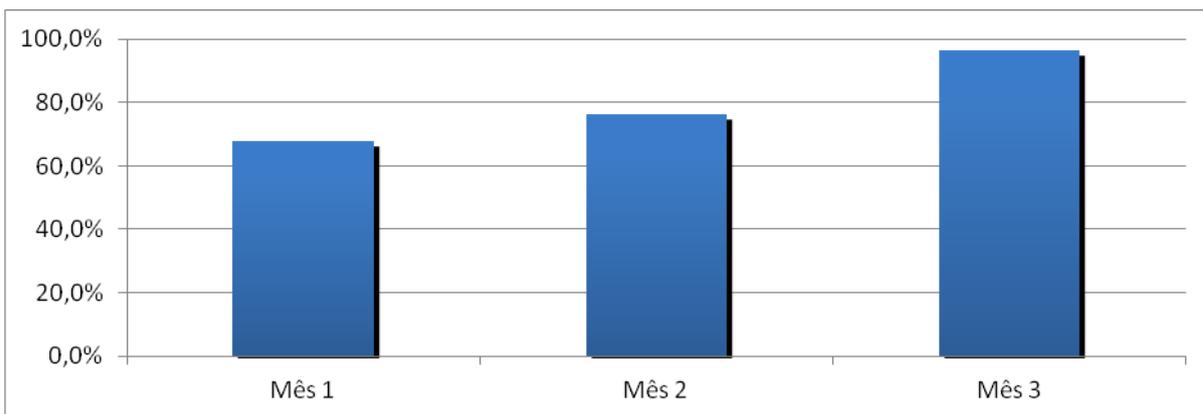


Figura 16 – Gráfico da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, Demerval Lobão, Piauí.

Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a diabéticos.

Metas: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

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

Evolução: Mês 1: 66,7% (16 diabéticos); 77,1% (27 diabéticos); 91,9% (57 diabéticos).

Entre os pacientes cadastrados no programa, realizaram exame clínico 57 portadores de DM durante as ações do projeto, sendo 91,9% do total de usuários diabéticos inscritos no programa (Figura 17). Estes números demonstram uma boa adesão desta população da área às ações, apenas cinco portadores de DM não foram avaliados durante estes três meses de intervenção.

As ações que mais contribuíram para melhorar a proporção de exame físico apropriado foram a definição de atribuições e a capacitação da equipe realizada no início da intervenção.

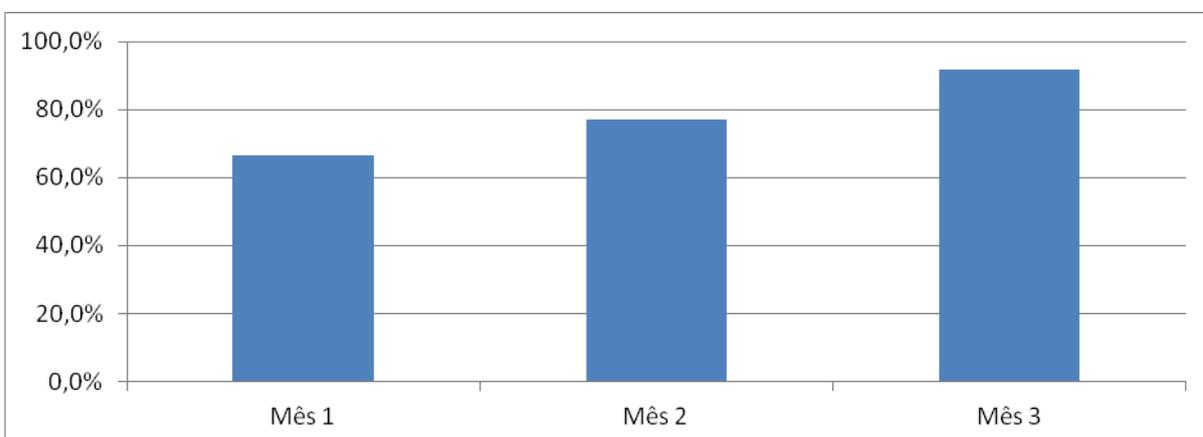


Figura 17 – Gráfico da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, Demerval Lobão, Piauí.

Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos.

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

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

Evolução: Mês 1: 67,8% (80 hipertensos); Mês 2: 76,4% (123 hipertensos); Mês 3: 96,5% (248 hipertensos).

Entre os pacientes cadastrados no programa, foram solicitados os exames complementares para 248 portadores de HAS durante as ações do projeto, sendo 96,5% do total de hipertensos inscritos no programa (Figuras 18).

As ações que mais contribuíram foram a monitorização através da ficha espelho dos exames realizados e a última vez que haviam sido realizados e a solicitação durante a consulta, para todos que não tinham todos os exames realizados ou que haviam feito há mais de um ano.

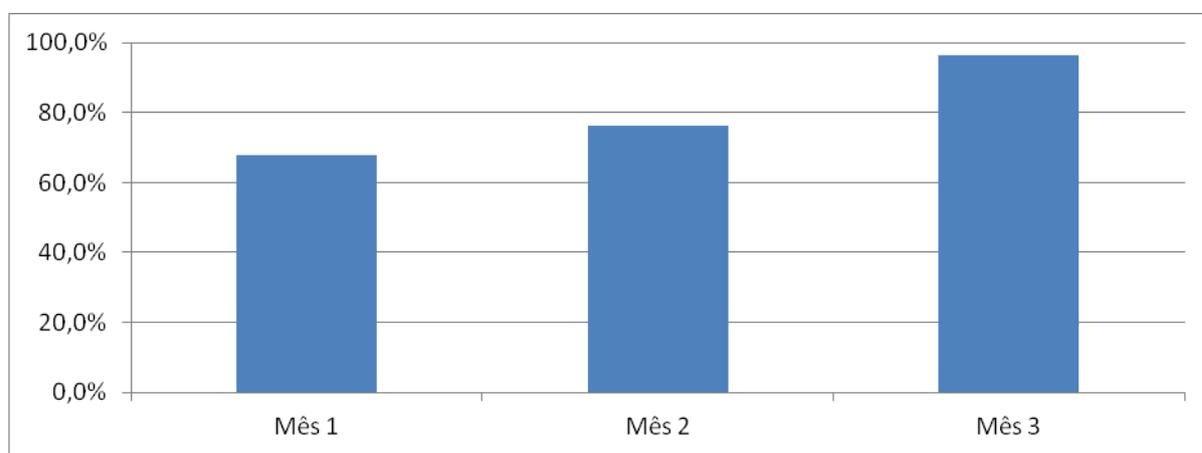


Figura 18 – Gráfico da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, Demerval Lobão, Piauí.

Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a diabéticos.

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

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

Evolução: Mês 1: 66,7% (16 diabéticos); Mês 2: 77,1% (27 diabéticos); Mês 3: 91,9% (57 diabéticos).

Entre os usuários cadastrados no programa, foram solicitados os exames complementares para 57 portadores de DM durante as ações do projeto, sendo 91,9% do total de diabéticos inscritos no programa (Figura 19).

As ações que mais contribuíram foram a monitorização através da ficha espelho dos exames realizados e a última vez que haviam sido realizados e a solicitação durante a consulta, para todos que não tinham todos os exames realizados ou que haviam feito há mais de um ano.

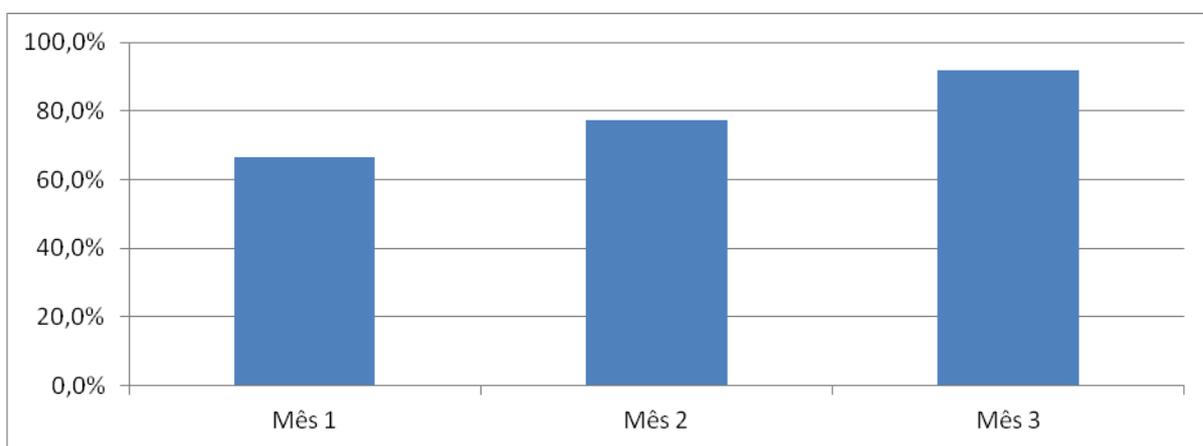


Figura 19 - Gráfico da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com o protocolo, Demerval Lobão, Piauí.

Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos.

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

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

Evolução: Mês 1: 88,1% (104 hipertensos); Mês 2: 91,3% (147 hipertensos); Mês 3: 96,9% (247 hipertensos).

Entre os usuários cadastrados no programa, foram priorizados a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 247 portadores de HAS durante as ações do projeto, sendo 96,9% do total de hipertensos inscritos no programa (Figura 20). Os usuários que não são prescritos os medicamentos da farmácia popular, são

porque são acompanhados por cardiologistas e tem doenças associadas, como insuficiência cardíaca, que usam outros medicamentos.

As ações que mais propiciaram essa priorização foram a capacitação da equipe e atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão, além da monitorização através da ficha espelho.

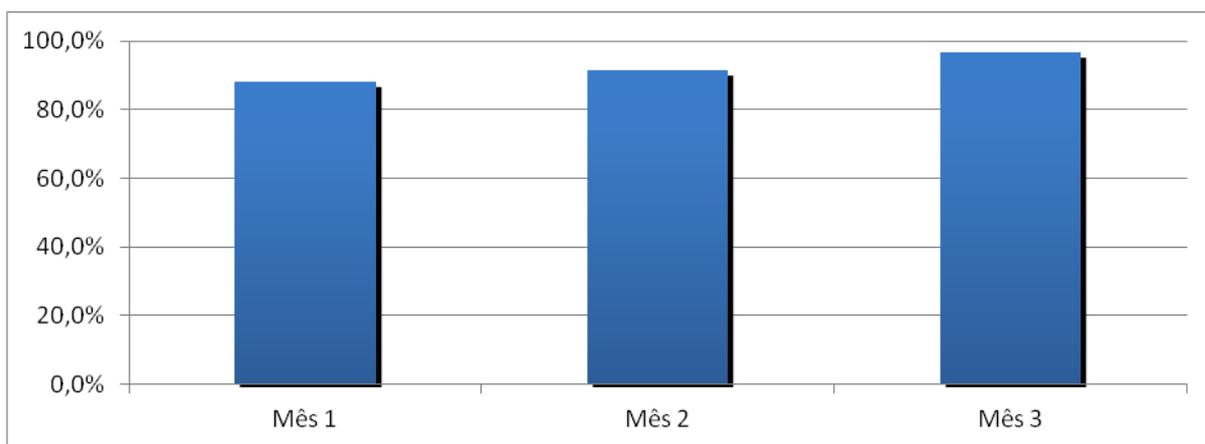


Figura 20 – Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, Demerval Lobão, Piauí.

Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a diabéticos.

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

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

Evolução: Mês 1: 83,3% (20 diabéticos); Mês 2: 88,6% (31 diabéticos); Mês 3: 96,8% (60 diabéticos).

Entre os usuários cadastrados no programa, foram priorizados a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 60 portadores de DM durante as ações do projeto, sendo 96,8% do total de diabéticos inscritos no programa (Figura 21). Os usuários que não são prescritos os medicamentos da farmácia popular, são porque são acompanhados por endocrinologistas, que prescrevem outros medicamentos que não os da farmácia popular.

As ações que mais propiciaram essa priorização foram a capacitação da equipe e atualização dos profissionais no tratamento da hipertensão, além da monitorização através da ficha espelho.

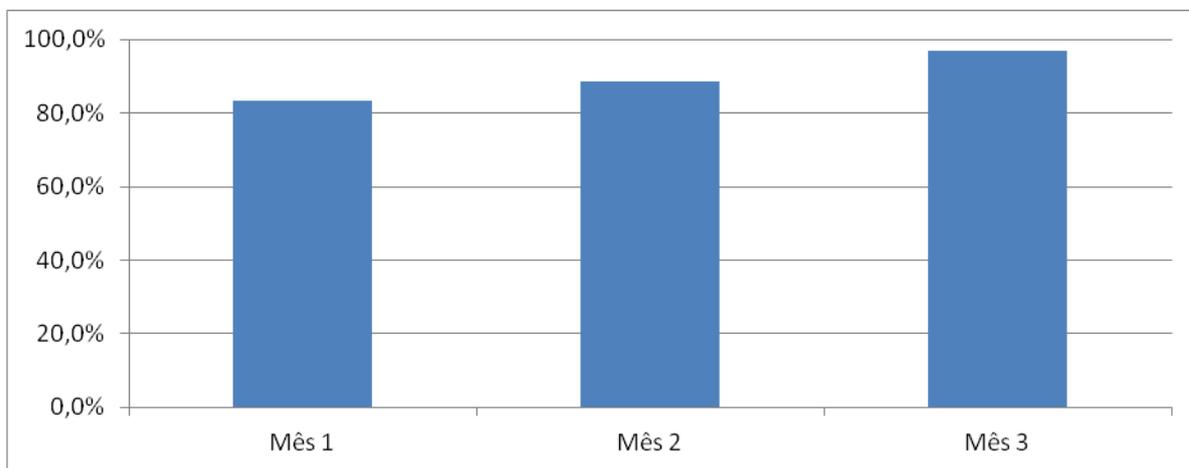


Figura 21 – Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada, Demerval Lobão, Piauí.

Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos.

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

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

Evolução: Mês 1: 67,8% (80 hipertensos); 76,4% (123 hipertensos); 96,5% (248 hipertensos).

Entre os usuários cadastrados no programa, foram avaliados a necessidade de atendimento odontológico em 248 portadores de HAS durante as ações do projeto, sendo 96,5% do total de hipertensos inscritos no programa (Figuras 22).

As ações que mais contribuíram foram a capacitação e a realização da avaliação odontológica pelos profissionais.

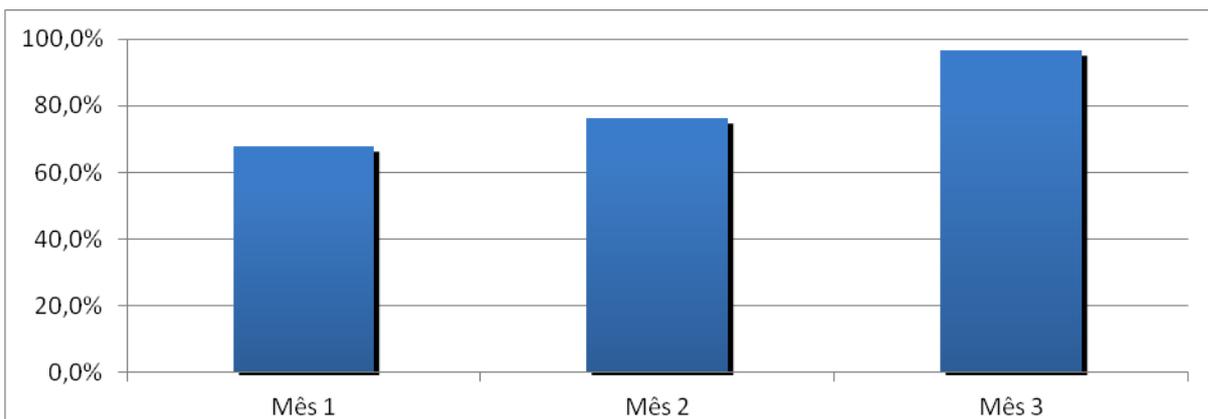


Figura 22 – Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, Demerval Lobão, Piauí.

Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.

Objetivo: Melhorar a qualidade da atenção a diabéticos.

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

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

Evolução: Mês 1: 66,7% (16 diabéticos); Mês 2: 77,1% (27 diabéticos); Mês 3: 91,9% (57 diabéticos).

Entre os usuários cadastrados no programa, foram avaliados a necessidade de atendimento odontológico em 57 portadores de DM durante as ações do projeto, sendo 91,9% do total de diabéticos inscritos no programa (Figura 23).

As ações que mais contribuíram foram a capacitação e a realização da avaliação odontológica pelos profissionais.

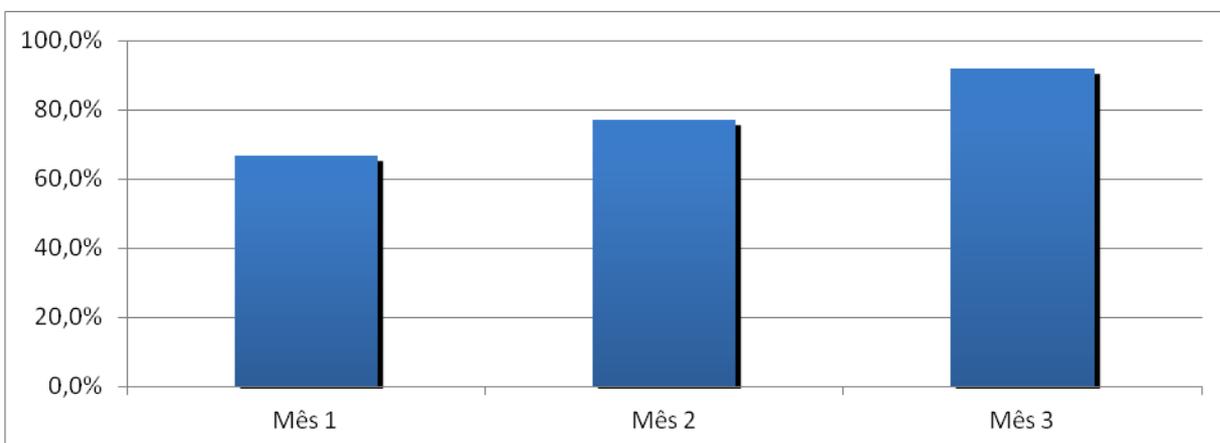


Figura 23 – Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, Demerval Lobão, Piauí.

Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.

Objetivo: Melhorar a adesão de hipertensos ao programa

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

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

Evolução: Mês 1: 42,1% (16 hipertensos); Mês 2: 42,1% (16 hipertensos); Mês 3: 30% (3 hipertensos).

Entre os usuários faltosos a consulta, foi realizado a busca ativa de 35 portadores de HAS durante as ações do projeto, sendo 42,1% no primeiro mês, 42,1% no segundo mês e 30% no terceiro mês do total de hipertensos faltosos a consulta (Figura 24).

Tivemos muita dificuldade na intervenção na realização desta ação, pois tivemos dificuldade no cadastramento e monitoramento das consultas dos faltosos, mas considerando que antes do início da intervenção não havia busca ativa de faltosos, já foi um grande avanço.

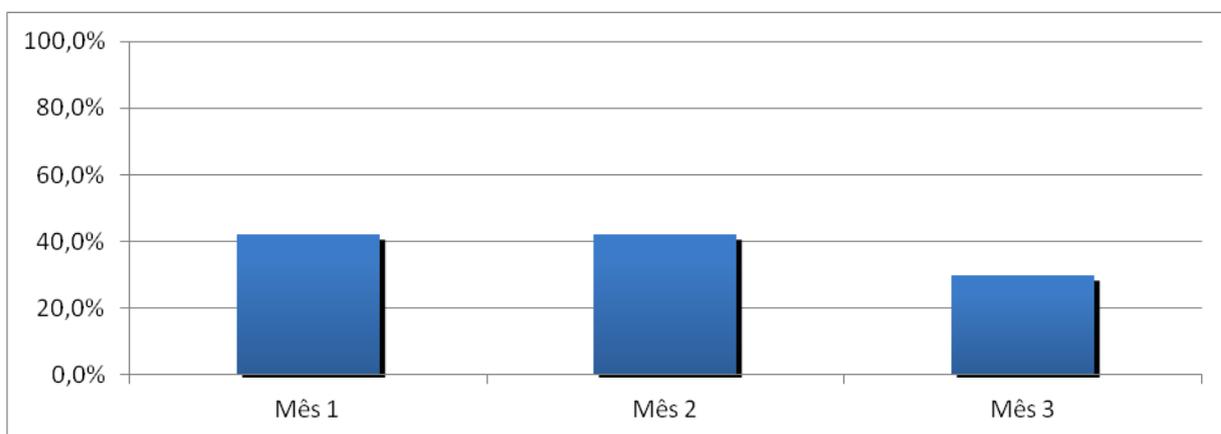


Figura 24 – Gráfico da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa, Demerval Lobão, Piauí.

Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.

Objetivo: Melhorar a adesão de diabéticos ao programa

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

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

Evolução: Mês 1: 62,5% (5 pacientes); Mês 2: 62,5% (5 pacientes); Mês 3: 33,2% (2 pacientes).

Entre os usuários faltosos a consulta, foi realizado a busca ativa de 12 portadores de DM durante as ações do projeto, sendo 62,5% no primeiro mês, 62,5% no segundo mês e 33,2% no terceiro mês do total diabéticos faltosos na consulta (Figura 25).

Tivemos muita dificuldade na intervenção na realização desta ação, pois tivemos dificuldade no cadastramento e monitoramento das consultas dos faltosos, mas considerando que antes do início da intervenção não havia busca ativa de faltosos, já foi um grande avanço.

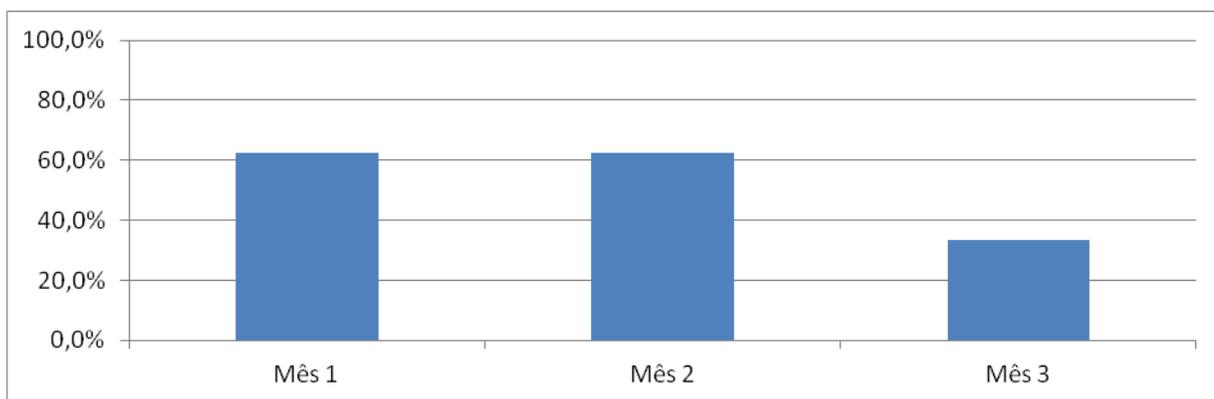


Figura 25 – Gráfico da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, Demerval Lobão, Piauí.

Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.

Objetivo: Melhorar o registro das informações

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

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

Evolução: Mês 1: 100% (118 hipertensos); Mês 2: 100% (161 hipertensos); Mês 3: 100% (257 hipertensos).

Entre os usuários cadastrados no programa, foi mantida a ficha de acompanhamento adequadamente preenchida de 257 hipertensos durante as ações do projeto, conseguindo assim atingir a meta de 100% para todos os hipertensos e diabéticos durante os três meses.

As ações que mais contribuíram para se atingir a meta foram a implantação da ficha espelho, o treinamento e capacitação da equipe para o preenchimento de todos os registros necessários e o monitoramento da qualidade através da ficha específica.

Objetivo: Melhorar o registro das informações

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

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

Evolução: Mês 1: 100% (24 diabéticos); Mês 2: 100% (35 diabéticos); Mês 3: 100% (62 diabéticos).

Entre os usuários cadastrados no programa, foi mantida a ficha de acompanhamento adequadamente preenchida de 62 diabéticos durante as ações do projeto, conseguindo assim atingir a meta de 100% para todos os diabéticos durante os três meses.

As ações que mais contribuíram para se atingir a meta foram a implantação da ficha espelho, o treinamento e capacitação da equipe para o preenchimento de todos os registros necessários e o monitoramento da qualidade através da ficha específica.

Objetivo: Mapear hipertensos de risco para doença cardiovascular

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

Indicador: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

Evolução: Mês 1: 67,8% (80 hipertensos); 76,4% (123 hipertensos); 96,1% (247 hipertensos).

Entre os usuários cadastrados no programa, foi realizada a estratificação de risco cardiovascular de 247 hipertensos durante as ações do projeto, sendo 96,1% do total de hipertensos inscritos no programa (Figura 26).

As ações que mais contribuíram foram a capacitação para realização da estratificação de risco e o monitoramento dos usuários com verificação do risco anual.

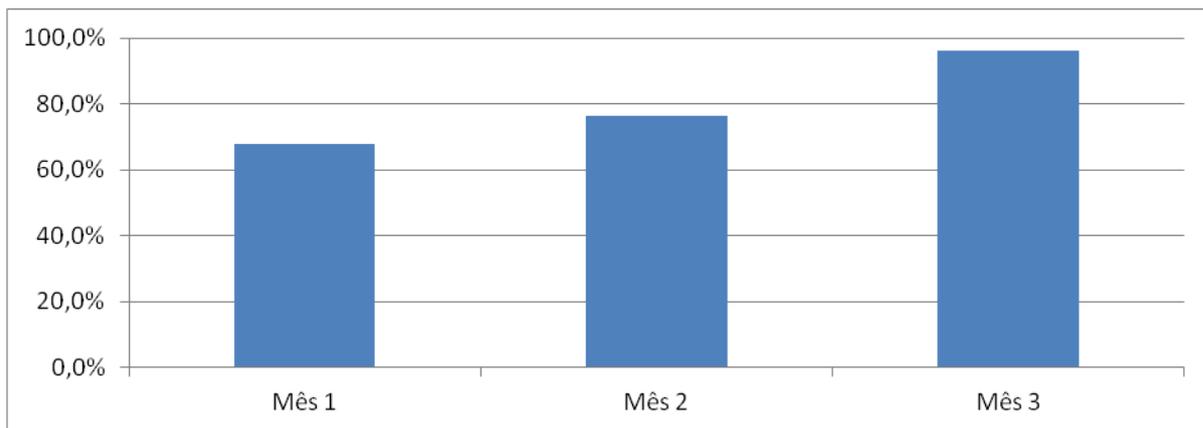


Figura 26 – Gráfico da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular, Demerval Lobão, Piauí.

Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.

Objetivo: Mapear diabéticos de risco para doença cardiovascular

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular

Evolução: Mês 1: 66,7% (16 diabéticos); Mês 2: 77,1% (27 diabéticos); Mês 3: 90,3% (56 diabéticos).

Entre os usuários cadastrados no programa, foi realizada a estratificação de risco cardiovascular de 50 diabéticos durante as ações do projeto, sendo 90,3% do total de diabéticos inscritos no programa (Figura 27).

As ações que mais contribuíram foram a capacitação para realização da estratificação de risco e o monitoramento dos usuários com verificação do risco anual.

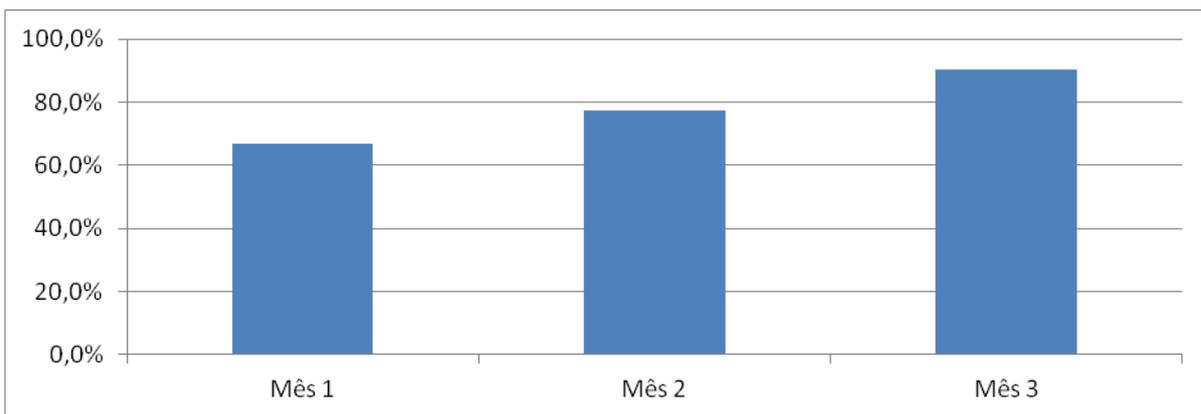


Figura 27 – Gráfico da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular, Demerval Lobão, Piauí.

Fonte: Dados na UBS Cidade Nova, 2014.

Objetivo: Promover a saúde de hipertensos.

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

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

Evolução: Mês 1: 100% (118 hipertensos); Mês 2: 100% (161 hipertensos); Mês 3: 100% (257 hipertensos).

Entre os usuários cadastrados no programa, receberam orientações sobre alimentação saudável 257 hipertensos durante as ações do projeto, conseguindo assim atingir a meta de 100% para todos os hipertensos durante os três meses de intervenção.

As ações que mais contribuíram para que a meta tenha sido atingida foram a capacitação de toda equipe sobre alimentação saudável, além da realização de práticas coletivas com palestras, que permitiu que mesmo os usuários que não foram atendidos durante esses três meses pudessem receber as devidas orientações.

Objetivo: Promover a saúde de diabéticos

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

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

Evolução: Mês 1: 100% (24 diabéticos); Mês 2: 100% (35 diabéticos); Mês 3: 100% (62 diabéticos).

Entre os usuários cadastrados no programa, receberam orientações sobre alimentação saudável 62 diabéticos durante as ações do projeto, conseguindo assim atingir a meta de 100% para todos os diabéticos durante os três meses de intervenção.

As ações que mais contribuíram para que a meta tenha sido atingida foram a capacitação de toda equipe sobre alimentação saudável, além da realização de práticas coletivas com palestras, que permitiu que mesmo os usuários que não foram atendidos durante esses três meses pudessem receber as devidas orientações.

Objetivo: Promover a saúde de hipertensos.

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

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

Evolução: Mês 1: 100% (118 hipertensos); Mês 2: 100% (161 hipertensos); Mês 3: 100% (257 hipertensos).

Entre os usuários cadastrados no programa, receberam orientações sobre a prática de atividade física regular 257 hipertensos durante as ações do projeto, conseguindo assim atingir a meta de 100% para todos os hipertensos durante os três meses de intervenção.

As ações que mais contribuíram para que a meta tenha sido atingida foram a capacitação de toda equipe sobre a importância da prática de atividade física regular, além da realização de práticas coletivas com palestras, que permitiu que mesmo os usuários que não foram atendidos durante esses três meses pudessem receber as devidas orientações.

Objetivo: Promover a saúde de diabéticos.

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

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

Evolução: Mês 1: 100% (24 diabéticos); Mês 2: 100% (35 diabéticos); Mês 3: 100% (62 diabéticos).

Entre os usuários cadastrados no programa, receberam orientações sobre a prática de atividade física regular 62 diabéticos durante as ações do projeto, conseguindo assim atingir a meta de 100% para todos os diabéticos durante os três meses de intervenção.

As ações que mais contribuíram para que a meta tenha sido atingida foram a capacitação de toda equipe sobre a importância da prática de atividade física regular, além da realização de práticas coletivas com palestras, que permitiu que mesmo os usuários que não foram atendidos durante esses três meses pudessem receber as devidas orientações.

Objetivo: Promover a saúde de hipertensos.

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

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

Evolução: Mês 1: 100% (118 hipertensos); Mês 2: 100% (161 hipertensos); Mês 3: 100% (257 hipertensos).

Entre os usuários cadastrados no programa, receberam orientações sobre os riscos do tabagismo 257 hipertensos durante as ações do projeto, conseguindo assim atingir a meta de 100% para todos os hipertensos durante os três meses de intervenção.

As ações que mais contribuíram para que a meta tenha sido atingida foram a capacitação de toda equipe sobre os riscos do tabagismo, além da realização de práticas coletivas com palestras, que permitiu que mesmo os usuários que não foram atendidos durante esses três meses pudessem receber as devidas orientações.

Objetivo: Promover a saúde de diabéticos

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

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

Evolução: Mês 1: 100% (24 diabéticos); Mês 2: 100% (35 diabéticos); Mês 3: 100% (62 diabéticos).

Entre os usuários cadastrados no programa, receberam orientações sobre os riscos do tabagismo 62 diabéticos durante as ações do projeto, conseguindo assim atingir a meta de 100% para todos os diabéticos durante os três meses de intervenção.

As ações que mais contribuíram para que a meta tenha sido atingida foram a capacitação de toda equipe sobre os riscos do tabagismo, além da realização de práticas coletivas com palestras, que permitiu que mesmo os usuários que não foram atendidos durante esses três meses pudessem receber as devidas orientações.

Objetivo: Promover a saúde de hipertensos.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Evolução: Mês 1: 100% (118 hipertensos); Mês 2: 100% (161 hipertensos); Mês 3: 100% (257 hipertensos).

Entre os usuários cadastrados no programa, receberam orientações sobre higiene bucal 257 hipertensos durante as ações do projeto, conseguindo assim atingir a meta de 100% para todos os hipertensos durante os três meses de intervenção.

As ações que mais contribuíram para que a meta tenha sido atingida foram a capacitação de toda equipe sobre os cuidados referentes a higiene bucal, além da realização de práticas coletivas com palestras, que permitiu que mesmo os usuários que não foram atendidos durante esses três meses pudessem receber as devidas orientações.

Objetivo: Promover a saúde de diabéticos.

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Evolução: Mês 1: 100% (24 diabéticos); Mês 2: 100% (35 diabéticos); Mês 3: 100% (62 diabéticos).

Entre os usuários cadastrados no programa, receberam orientações sobre higiene bucal 62 diabéticos durante as ações do projeto, conseguindo assim atingir a meta de 100% para todos os diabéticos durante os três meses de intervenção.

As ações que mais contribuíram para que a meta tenha sido atingida foram a capacitação de toda equipe sobre os cuidados referentes a higiene bucal, além da realização de práticas coletivas com palestras, que permitiu que mesmo os usuários que não foram atendidos durante esses três meses pudessem receber as devidas orientações.

4.2 Discussão

A intervenção na Unidade Básica de Saúde em que atuo propiciou a ampliação da cobertura da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos, a melhoria da qualidade da atenção a estes usuários, principalmente através da realização do exame físico completo, solicitação de exames complementares e priorização da prescrição de medicamentos dispensados através da Farmácia Popular. Propiciou também a melhoria dos registros de acompanhamento deles, a melhoria na classificação de risco cardiovascular destes grupos e a promoção de saúde.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Esta atividade promoveu o trabalho integrado da médica, da enfermeira, da auxiliar de enfermagem, da recepção e dos agentes comunitários de saúde.

No início da intervenção foram divididas as atribuições de cada membro da equipe. Os agentes comunitários de saúde ficaram responsáveis pelo

cadastro dos hipertensos e diabéticos já diagnosticados da área, pela busca ativa dos faltosos e pelas orientações. A recepcionista ficou responsável pela organização da agenda e inclusão nela de pacientes provenientes da busca ativa de faltosos. A auxiliar de enfermagem ficou responsável pela aferição da pressão e realização de hemoglicoteste nos pacientes indicados segundo protocolo, pelo controle do estoque dos medicamentos e pelas orientações. A enfermeira ficou responsável pela realização do exame clínico completo, pelo monitoramento da periodicidade das consultas, pelo preenchimento da ficha de acompanhamento, pela realização da estratificação de risco cardiovascular e pelas orientações. Assim como eu (médica) fiquei responsável pela realização do exame clínico completo, pela solicitação de exames complementares, pelo preenchimento da ficha de acompanhamento, pelo monitoramento dos registros, pela realização da estratificação de risco cardiovascular e pelas orientações.

Isto acabou tendo impacto também em outras atividades no serviço, como o acolhimento dos usuários que passou a ser mais completo, melhor atendimento ao paciente, entre outros.

Antes do início da intervenção as atividades em saúde desenvolvidas para hipertensos e diabéticos eram concentradas na médica. Atualmente, com a intervenção e divisão das atribuições de cada profissional da equipe houve um aumento no número de pessoas com atenção à saúde desta população. A melhoria do registro e do agendamento dos hipertensos e diabéticos permitiu também o desenvolvimento da porta aberta a esses usuários, com otimização da agenda e acolhimento de usuários vindos da busca ativa. E a realização do exame completo, exames complementares e classificação de riscos cardiovasculares são cruciais na priorização dos atendimentos voltados a este grupo.

A intervenção foi muito importante para comunidade, pois ampliou a cobertura da atenção a hipertensos e diabéticos, melhorou a qualidade da atenção, a adesão, o registro de acompanhamento, a avaliação do risco cardiovascular, além da promoção da saúde tanto a estes grupos, como a população. Desde o início da intervenção, os hipertensos e diabéticos se mostraram muito satisfeitos com a atenção dada e avaliação cuidadosa. Mesmo assim, o impacto ainda é pouco percebido pela comunidade, mas com a incorporação da intervenção ao cotidiano da

UBS conseguiremos ampliar ainda mais a cobertura de hipertensos e diabéticos, além de melhorar a qualidade do atendimento, entre outras metas.

Tivemos problemas na intervenção no cadastramento de todos os hipertensos e diabéticos da área, acredito que se quando fizemos a divisão das atribuições de cada profissional tivéssemos dividido de forma melhor, teria sido mais fácil, não deixando toda a responsabilidade para os agentes comunitários de saúde, pois há uma grande quantidade de usuários. E este atraso no cadastramento dificultou a implantação do monitoramento de todos os dados mensalmente, que possibilitaria a implantação de um sistema de alarme, facilitando a busca ativa de faltosos. Atualmente, com a melhor integração da equipe e com a incorporação da intervenção na rotina do serviço, acredito que teremos condições de superar várias dificuldades encontradas.

Algumas ações foram perfeitamente incorporadas na rotina do serviço e para manutenção é necessário apenas que permaneçam sendo utilizadas as fichas espelho e fiquem sendo monitoradas as ações. E para que outras ações que ainda não foram perfeitamente implantadas possam ser incorporadas é necessário o registro desses usuários no Programa de Atenção a Hipertensão e Diabetes, a disponibilização de transporte e agendamento mais veloz de exames e a implantação do sistema de alarme para busca ativa de faltosos, através da continuação do monitoramento das fichas.

Com a realização bem sucedida desta intervenção, os próximos passos são continua-la, realizando o que não pode ser incorporado e tomando este projeto como exemplo, implantar também o programa de pré-natal na UBS seguindo o protocolo do Ministério da Saúde.

4.3 Relatório da Intervenção para Gestores

Durante estes três meses realizamos a intervenção com o objetivo da melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos. Foi realizado inicialmente a capacitação de toda a ESF com discussão sobre os protocolos do Ministério da Saúde sobre diabetes mellitus e hipertensão arterial, o cadastramento destes usuários, melhora da qualidade do exame físico e de todas as atividades

recomendadas nos protocolos, além do desenvolvimento de atividades de promoção à saúde como a caminhada do HIPERDIA e palestras.

Ao final da intervenção conseguimos ampliar a cobertura da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos, que inicialmente era de 45% de hipertensos (206 hipertensos) e 37% de diabéticos (41 diabéticos). Ao final da intervenção atingimos uma cobertura de 56,4% de hipertensos (257 hipertensos) e 54,9% de diabéticos (62 diabéticos). Conseguimos promover uma melhora na qualidade da atenção desses pacientes, na ficha de registro de acompanhamento e a melhoria da classificação de risco cardiovascular. E com a incorporação da intervenção à rotina do serviço a atenção à saúde será cada vez melhor.

Com o apoio da gestão conseguimos fornecer o lanche para as atividades de promoção à saúde, além de disponibilizar uma equipe multiprofissional, melhorando assim as orientações dispensadas. Conseguimos também ter todos os aparelhos necessários para a melhoria na qualidade da atenção e realizar inclusive uma ação que não estava prevista, mas que facilitou o recebimento dos medicamentos da Farmácia Popular no próprio posto, com o cadastro sendo realizado no posto e já houve melhora na aderência.

E assim, com o apoio da gestão seria possível viabilizar a qualificação ainda maior do serviço e realizar a ampliação da intervenção através do cadastramento destes usuários no Programa de Atenção a Hipertensão e Diabetes que é realizado na Secretaria de Saúde. Seria possível também promover a melhoria no transporte desses para realização de exames através da disponibilização de um carro para transporte para capital e apoio e participação ainda maior nas próximas atividades de promoção à saúde, com maior integração durante o planejamento e organização do evento.

4.4 Relatório da Intervenção para Comunidade

Venho informar a nossa comunidade sobre a intervenção realizada durante os últimos três meses.

A intervenção teve como objetivo a melhoria da atenção à saúde de hipertensos e diabéticos, mas incluiu todos os membros dessa comunidade, informando e orientando a todos sobre a importância da medida da pressão arterial

e de fazer o exame da glicose para o diagnóstico da pressão alta e da diabetes, além do mal que a falta de um controle correto e rigoroso dessas doenças pode causar. Assim conseguimos aumentar o diagnóstico e a cobertura da atenção dessas doenças na comunidade. Orientamos também a todos sobre a necessidade de uma alimentação saudável e da realização da atividade física com palestras e a caminhada do HIPERDIA. Na caminhada do HIPERDIA conseguimos atraí-los e de forma divertida discutir sobre saúde, a importância do conhecimento sobre essas doenças, realizar atividade física, interagir e tirar as dúvidas com os profissionais, entre outras.

Melhoramos nossa atenção e atendimento para os hipertensos e diabéticos da área, realizando um exame mais completo e cuidadoso, com os exames necessários e a avaliação do risco cardiovascular. E houve avanço na forma como os medicamentos são entregues à comunidade, sendo atualmente, entregues no posto, que é mais próximo e de forma regular.

Sabemos que há a insatisfação de alguns membros com a espera, mas a priorização de alguns pacientes com mais risco é muito importante e necessária para a melhora na qualidade de saúde desta comunidade.

Por isso e por todos os ganhos conquistados nessa intervenção, manteremos as mudanças e pedimos o apoio de todos através da participação dos membros da comunidade nas atividades e que vocês mesmos sejam veículos de informação, falando a todos o que sabem e sobre o que aprenderam nas reuniões, para que possamos melhorar ainda mais e aumentar a cobertura e extensão do nosso programa e assim, tornar a atenção à saúde nesta comunidade cada vez melhor. Pedimos também que colaborem com a intervenção compreendendo quando for necessário dar prioridade a algum usuário com maior risco deste grupo.

5 REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE PROCESSO DE APRENDIZAGEM

Iniciei a especialização acreditando que durante ela eu iria apenas estudar os princípios, o funcionamento do SUS e os protocolos do Ministério da Saúde. Já na primeira semana quando li o guia do especializando me surpreendi com uma programação completamente diferente da que imaginava e fiquei com dúvidas se seria possível analisar a UBS em que atuo, criar um projeto e realiza-lo em apenas dez meses. Mas com o desenvolvimento do curso e a realização das atividades semanais percebi que não foi fácil, mas foi possível conciliar o estudo de tudo que eu esperava (princípios, funcionamento do SUS e protocolos do MS), a vivência prática da realização de uma intervenção em saúde, além do aperfeiçoamento da prática clínica.

Durante o curso pude estudar como seria a UBS ideal, tanto em estrutura como em funcionamento e tentar adequá-la ao máximo. Pude estudar os protocolos do MS voltados para o atendimento de grupos especiais e escolher para estudar mais profundamente o que achei que mais precisava da intervenção, pela baixa cobertura e baixa qualidade de atenção, que foi o de hipertensos e diabéticos.

Essa especialização foi essencial para minha prática profissional, pois com ela pude aprender a abordar de forma mais adequada diversos grupos, como idosos, gestantes e principalmente, hipertensos e diabéticos, além de atuar de forma preventiva nesses grupos, o que foi muito importante, pois a ESF tem que intervir também na atenção primária. No desenrolar da intervenção fui me adequando e consegui interagir de forma bem melhor com a minha equipe, me aproximei da gestão visando a melhoria na atenção à saúde da minha área. E também aprendi muito com as atividades da área clínica, tanto respondendo os casos clínicos que abordavam as principais queixas que atendo na UBS, como fazendo os estudos de

prática clínica, estudando e resumindo os assuntos em que meu conhecimento era mais deficiente.

Assim posso concluir que o curso foi muito importante para minha prática profissional, pois me tornei uma médica muito mais qualificada e com mais capacidade de liderança.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 64 p. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 16).

BRASIL, Ministério da Saúde. **Hipertensão Arterial Sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. – (Cadernos de Atenção Básica; n. 15).

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. 160 p.(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. 128 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37).

ANEXOS

ANEXO B

Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?	
0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	

ANEXO C

Música cantada durante a Caminhada do HiperDia:

“Ei! Tu quer comer? Tem muito sal!

Tu quer beber? Nã, nã, nã, não

Tu quer fumar? ã, ãn

Não quer por quê?

Vou não, quero não, posso não

Não quero hipertensão

Não vou não, quero não!

Vou não, quero não, posso não

Cuido da alimentação

Não vou não, quero não!

Ei! Prum churrascão vamos sair?

Gordura e doce todo mundo vai curtir

E ai? Depois da pinga todo mundo vai dormir. Venha!

Vou não, quero não, posso não

Diabetes quero não

Não vou não, quero não!

Vou não, quero não, posso não

Quero ficar "saradão"

Não vou não, quero não!

Tá, já entendi!

Tu quer saúde, eu desisti!

Pra caminhada é que tu deseja ir!

Diabetes e hipertensão?

Tu vai ter não?

Vou não, quero não, posso não
Minha saúde não deixa não
Não vou não, quero não!
Vou não, quero não, posso não
Minha saúde não deixa não
Não vou não, quero não!”

ANEXO D



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

APÊNDICES

APÊNDICE A

Texto que foi gravado e passado no carro de som durante a Caminhada do Hiperdia:

“Bom dia! Bem vindo a primeira caminhada do HIPERDIA. Este evento está sendo realizado pela Equipe de Saúde do Posto Cidade Nova e tem como objetivo promover a saúde, divulgar a importância do diagnóstico precoce e tratamento da hipertensão e diabetes e estimular a manutenção de uma dieta saudável e prática de exercício físico regular. Por isso, convidamos a todos a se juntar a nós nessa caminhada! Cuide da vida! Encontre tempo para você!”