

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



Trabalho de Conclusão de Curso

**Qualificação da Atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos na Unidade de
Saúde da Família Marcolândia no município de Marcolândia/PI.**

Leonardo Araújo Lins

Pelotas – 2015

Leonardo Araújo Lins

Qualificação da Atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos na Unidade de Saúde da Família Marcolândia no município de Marcolândia/PI.

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao programa de pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas UFPEL, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Luzane Santana da Rocha

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

L759q Lins, Leonardo Araújo

Qualificação da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na Unidade de Saúde da Família Marcolândia no Município de Marcolândia/PI / Leonardo Araújo Lins; Luzane Santana Da Rocha, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

70 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. Rocha, Luzane Santana Da, orient. II. Título

CDD : 362.14

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

Dedico este trabalho aos meus pais,
meus avós e meus irmãos

Agradecimentos

Aos meus pais, pela minha existência e ajuda.

Aos meus irmãos, aos quais muito me espelhei para dar continuidade e finalizar este trabalho.

À minha família, pelo incentivo.

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

Obrigado.

Lista de Figuras

Figura 1	Orientação para usuários diabéticos e hipertensos.....	41
Figura 2	Realização de exames clínicos.....	41
Figura 3	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na	
	Unidade de Saúde.....	45
Figura 4	Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na	
	unidade de saúde.....	46
Figura 5	Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de	
	medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.....	50
Figura 6	Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos	
	da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.....	51
Figura 7	Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade	
	de atendimento odontológico.....	52

Figura 8	Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade	
	de atendimento odontológico.....	53

SUMÁRIO

	APRESENTAÇÃO.....	1 0
	
1	ANÁLISE SITUACIONAL.....	1 1
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	1 1
1.2	Relatório da análise situacional	1 2
1.3	Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	1 6
2	ANÁLISE ESTRATÉGICA	1 7
2.1	Justificativa.....	1 7
	
2.2	Objetivos e Metas.....	1 8
2.2. 1	Objetivo Geral.....	1 8
2.2. 2	Objetivos Específicos.....	1 9
2.2. 3	Metas.....	1 9

	
2.3	Metodologia.....	2
	.....	2
2.3. 1	Ações.....	2
	.....	2
2.3. 2	Indicadores.....	3
	.....	0
2.3. 3	Logística.....	3
	.....	5
2.3. 4	Cronograma.....	3
	.....	7
3	<u>RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO.....</u>	3
		9
3.1	Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas.....	3
		9
3.2	Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas.....	4
		1
3.3	Dificuldades encontradas.....	4
		2
3.4	Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.....	
		4
		2
4	AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO.....	4
		4
4.1	Resultados.....	4
	.....	4
4.2	Discussão.....	6
	.....	0

4.3	Relatório da Intervenção para a Comunidade.....	6 2
4.4	Relatório da Intervenção para Gestores.....	6 4
5	REFLEXÃO CRÍTICA SOBRE MEU PROCESSO PESSOAL DE	
	APRENDIZAGEM.....	6 6
	BIBLIOGRAFIA.....	6 8
	ANEXOS.....	6 9

Resumo

LINS, Leonardo Araújo. **Qualificação da atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na Unidade de Saúde da Família Marcolândia no município de Marcolândia/PI.** 2015. 70f. Trabalho de Conclusão de Curso - Programa de pós-graduação em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, UFPEL. Faculdade de Medicina - Departamento de Medicina Social. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

Detectar, estabelecer diagnóstico, identificar lesões em órgãos-alvo e/ou complicações crônicas e efetuar tratamento adequado para a HAS e o DM caracteriza-se como um verdadeiro desafio para o Sistema Único de Saúde. Faz-se necessária a adição de esforços de todos os envolvidos com essa grave situação de saúde pública, buscando a reorganização da atenção básica, tendo como estratégias principais a prevenção dessas doenças, suas complicações e a promoção da saúde, objetivando assim uma melhor qualidade de vida. A intervenção pretende qualificar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos, na UBS de Marcolândia no município de Marcolândia/PI. Segundo o SIAB a UBS cobre 3066 usuários sendo que desses 51 são diabéticos e 230 são hipertensos. Quanto aos hipertensos é estimado pelo CAP um atendimento a 688 usuários mensalmente, o que não ocorre na realidade e quanto aos diabéticos é estimado um atendimento a 197 usuários mensalmente. Para realizar a intervenção de qualificação da Atenção aos Hipertensos e Diabéticos foi adotado o Caderno da Atenção Básica nº37 – Hipertensão Arterial Sistêmica, Ministério da Saúde/2013 e o Caderno da Atenção Básica nº36 – Diabetes mellitus, Ministério da Saúde/2013. Quanto a ampliação da cobertura aos hipertensos e diabéticos, para hipertensos inicialmente haviam 230 aumentando para 87% desse valor, para os diabéticos inicialmente haviam 51 cadastrados aumentando 100% desse valor. A qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos melhorou consideravelmente, o que também foi um objetivo atingido. Com as palestras e explicações mais detalhadas, melhorou-se também a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa, em que são poucos os faltosos. A intervenção aperfeiçoou consideravelmente o serviço, podendo a partir de agora oferecer maior qualidade aos usuários, que a partir de agora estão cada vez mais satisfeitos. A intervenção pode ser facilmente incorporada à rotina, com alguns ajustes para se adaptar a realidade da unidade de saúde.

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

Apresentação

O volume trata do trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade EAD, pela Universidade Federal de Pelotas. O trabalho diz respeito a uma intervenção realizada na UBS Marcolândia no município de Marcolândia, do estado do Piauí. A interven o englobou o grupo de Hipertensos e Diabéticos tendo como objetivo melhorar a aten o   saúde dos mesmos. O volume está organizado em cinco unidades de trabalho: análise situacional em que inicialmente verifica-se qual a situa o da unidade de saúde (dificuldade, pontos positivos, equipe); análise estratégica onde a partir da análise situacional são realizadas estratégias de interven o; relatório da interven o em que foi elencado tudo realizado ou não no projeto; avalia o dos resultados da interven o, onde foi feito uma avalia o de todos os resultados da interven o; e por fim a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso, onde o especializando relata como foi o processo para ele. Por fim, estão os anexos utilizados durante a interven o.

1. Análise Situacional

- **Texto inicial sobre a situa o da ESF/APS**

O país em sua maioria vem sofrendo muitos problemas na área da saúde, principalmente quando se fala em aten o básica.   visto, que na teoria, muito   oferecido, o que não se concretiza na prática. Uma pena, pois a popula o tem que ser assistida por completo e por direito. Não   raro encontrar pessoas falando de problemas de estrutura, de falta de médicos e falta de materiais, dentre outras coisas.

Apesar da situa o da maioria das unidades de saúde, a unidade do estudo trata-se de uma Unidade de Saúde da Família (USF), a mesma

mostrou-se bastante organizada, na medida do possível. O prédio na qual está instalada se apresenta em condições razoáveis, apesar de não ser novo. Quando cheguei já havia todo um modelo que eles seguiam de atendimento.

Quanto a material de trabalho, até o exato momento não faltou nada, inclusive medicamentos, devido ao planejamento do posto. O que é um ponto bastante positivo para o trabalho e conseqüentemente para os usuários da unidade.

Fui recebido com bastante educação e até alegria por parte de alguns. Cheguei a me surpreender com muitos pontos positivos que encontrei, já que nos encontramos em situações delicadas no âmbito da saúde nacional.

A UBS é composta por uma equipe multiprofissional, com médico enfermeiro, dentista, auxiliar de dentista, técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). E apesar de algumas dificuldades, são satisfeitos com o trabalho, e na medida do possível seguem o planejado, tentando atender a todos da melhor forma possível. Pude perceber que há sim uma maior facilidade de o enfermeiro ficar mais engajado com o médico, que no caso sou eu, sempre buscando novas formas de aprimoramento do serviço e também buscando resolver os problemas que surgem.

A população assistida pelo UBS se mostrou contente com a minha chegada, e satisfeita com os outros profissionais que ali fazem seu trabalho. Apesar de bastante carente, percebo que são informadas com o que acontece pela USF, como reuniões, campanhas de vacina, prevenção de doenças. Os profissionais e a população perceptivelmente andam em conjunto. O que é um ponto muito positivo, pois se não houver essa relação, o trabalho ficaria muito dificultado. No geral a UBS tem muitos pontos positivos, mas não está isento dos negativos.

Como ponto negativo, percebi, de primeira vista, que a UBS não é bem localizada, apesar de urbana fica em ponto extremo da cidade. Há uma população em uma área que não é assistida pela USF, pois está localizada na fronteira entre dois estados, talvez por conta disso, nenhuma das cidades

queira arcar com os gatos da mesma. Nós profissionais ficamos sem saber o que fazer, porque estamos cientes de que aquela população necessita de cuidados, de assistência, mas não está inclusa no nosso programa de usuários. Um caso lamentável, pois aqueles que ali vivem têm direito de receber todos os benefícios que o resto dos usuários tem. Sou médico e tenho por vocação oferecer meus serviços para a melhoria de vida daqueles que não dominam a minha ciência, e aí? O que fazer quando você quer assistir, mas não pode por problemas políticos, territoriais... Um caso a se pensar. Fico triste em ver. Mas espero que nesse tempo que passarei por aqui, essa situação seja resolvida.

Confesso que fiquei satisfeito com a USF, simpatizei com o ambiente de trabalho, fiz amizade com os funcionários de forma geral e com a população. Espero que sinceramente quando houver pontos negativos que sejam resolvidos, e que os positivos sejam melhorados cada vez mais.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O município de Marcolândia está situado no estado do Piauí. Segundo o IBGE possui atualmente uma média de 7.812 habitantes, com quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS) e um Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), não possui nenhum Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). O serviço de direito a exames especializados apesar da grande demanda e muitas vezes da demora dos laudos, possui algumas especialidades médicas, mas muitas delas só comparecem uma vez ao mês para fazer o atendimento. Apesar de pequeno, o município procura cuidar da área da saúde e se mostra bastante preocupado com a permanência dos profissionais de saúde na mesma.

A Unidade de Saúde da Família em que trabalho tem como nome UBS de Marcolândia localizada em área urbana, não possui cadastros rurais, não possui vínculo com instituições de ensino e é uma Unidade Básica/Centro de Saúde, possui uma equipe de atendimento com uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, uma auxiliar de consultório dentário, seis ACS, um dentista e um médico.

A UBS possui uma boa estrutura física a qual atende as necessidades da comunidade. Dispondo de uma recepção ampla bem ventilada, um consultório do médico, do dentista e da enfermeira, duas salas para observação, uma sala de medicação e uma farmácia. Não dispomos de computadores e periodicamente temos problemas com abastecimento de água no local, embora esse não seja um problema isolado da estrutura, mas sim em todo território urbano.

Na equipe, com o trabalho e convivência, criamos um vínculo que nos ajudou bastante para atuação em conjunto. Temos uma ótima comunicação, reuniões são realizadas quando há algo para decidir ou melhorar em relação aos atendimentos, programas entre outros assuntos referentes à unidade. E assim vamos corrigindo os erros, buscando oferecer aos usuários melhorias nesse atendimento e cumprindo sempre as atribuições que lhes são feitas.

A população da área adstrita atende 969 famílias, segundo o SIAB, consta uma população de 3066 habitantes, dentre os quais 1599 são mulheres e 1467 homens. A equipe comporta bem esse contingente de pessoas na medida do possível, realizando os serviços com qualidade e proporcionando um bom atendimento a esses usuários.

Quanto à demanda espontânea, principalmente quando se trata de algo mais grave, temos como ponto positivo o fato de atendê-los deixando-os satisfeitos, mas na medida que isso ocorre geramos um ponto negativo, pois aumenta significativamente o número de usuários atendidos no dia, muitas vezes acontecem superlotações, mesmo deixando um número extra para esses atendimentos. Para melhorar esse quesito devemos buscar uma maior organização e uma estratégia de como encaixar tais usuários sem que possa superlotar e muitas vezes dificultar o atendimento.

Com relação as crianças, temos que ter muito cuidado, pelo fato de serem frágeis e estar vulneráveis a uma série de doenças, por isso realizamos os procedimentos minuciosamente e cautelosamente, orientando as mães da melhor forma possível e as deixando cientes da importância de sempre fazer o acompanhamento no posto. Apesar de possuirmos uma boa cobertura da atenção à saúde das crianças, entendemos que pode ser melhorada cada vez

mais, pois Segundo o CAP (caderno de ação programática) enquanto estamos atendendo 20 crianças, a estimativa é de 51, ou seja realizamos o atendimento de 39% do necessário.

Quanto ao pré-natal, as consultas são realizadas sempre em dias agendados para não haver superlotação, fazemos o registro detalhado de cada gestante, como semana de gestação, descrição dos exames, peso, pressão arterial (PA) entre outras informações e sempre que possível são realizadas atividades educativas para ampliação do conhecimento. As gestantes apresenta alguns pontos positivos, dentre os quais esta na adesão ao pré-natal a assiduidade nas consulta. Buscamos sempre a melhoria no atendimento principalmente através da conscientização dessas gestantes sobre importância de seguir as orientações para uma gestação sem agravos. Segundo o CAP deveríamos atender 51 mulheres para realizar o pré-natal e estamos atendendo 14, apenas 27%.

São realizadas ações de atenção à Prevenção do Câncer de Colo de Útero e Controle do Câncer de Mama, de forma constante, na tentativa de conscientização das usuárias sobre riscos e benefícios no seguimento do atendimento com a equipe. De acordo com o CAP o câncer de colo de útero está bem assistido com a média de 830 atendimentos, e estamos realizando em 100%, já para o câncer de mama é estimado 258 atendimentos e que são realizados os 100%.

As reuniões com a equipe são sempre realizadas, com proposito de buscar novas medidas e melhorar o caminho a seguir com relação aos usuários. E o que percebemos é que a adesão desses usuários é diretamente proporcional ao envolvimento da equipe com os mesmos, ou seja, quanto melhor essa relação, maior é adesão pelo fato de conseguirmos expressar e fazer com que eles entendam as informações necessárias para o melhoramento da saúde.

Quanto aos hipertensos e diabéticos a UBS realiza o HIPERDIA. Inicialmente se faz uma triagem com os usuários para depois seguir com o acompanhamento. Com relação a esse programa, é tudo muito organizado e temos sempre um bom seguimento de usuário. Sempre buscamos a

conscientização desses usuários para os riscos dessas doenças e as vantagens de aderir ao tratamento de forma correta e contínua. Quanto a hipertensão o CAP estima um atendimento de 688 usuários e que ocorre somente 234 deles, cerca de 34%, já os diabéticos é estimado um atendimento de 197 usuários, ocorrendo apenas o atendimento de 50, 25% do valor estimado.

Quanto à saúde dos idosos, temos muita cautela por se tratar de uma população mais difícil de lidar, pela dificuldade de entendimento. Mas sempre buscamos programar as consultas e as atividades, como atividades educativas e dentre outras atividades para que eles possam absorver o maior número de informações que possam ajuda-los no dia a dia. Temos uma boa cobertura e bom seguimento desses usuários, os dados são sempre registrados em prontuários e sempre há um grande envolvimento da equipe com os mesmos. No geral acreditamos que temos uma boa qualidade nesse atendimento, mas procuramos sempre a melhoria, para atingir os objetivos necessários. O CAP estima um atendimento de 365 idosos, sendo realizado 156, 43% do valor estimado.

Através do exposto a cima, podemos ver que possuímos diversos pontos positivos, mas as dificuldades, que em geral não faz parte apenas dessa unidade, mas também de tantas outras, nos deixa vulneráveis a falhas.

A UBS do estudo é bem estruturada, e consegue na medida do possível um bom atendimento aos usuários, um ótimo relacionamento entre equipe e população, e dispomos de um compromisso concreto e contínuo com o trabalho desenvolvido,

Um dos pontos falhos e que foge um pouco da nossa competência é a falta de cobertura de uma população que sempre nos procura para atendimento mas que não faz parte da nossa área de abrangência. Talvez por envolver questões políticas, acabou ficando sem a devida solução.

Apos a resolução dos questionários conseguimos perceber através dos dados concretos obtidos, as reais dificuldades da unidade e os pontos bons que tínhamos; A resolução nos surpreendeu em muitos aspectos, pois através

desses deles percebemos o que realmente acontece na Unidade e o quanto podemos melhorar.

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

Podemos perceber algumas divergências com relação ao que vimos inicialmente e o que realmente se faz concreto, principalmente depois da análise dos indicadores do caderno de ações programáticas, que nos deu uma boa visão da realidade. Vimos que inicialmente tínhamos uma visão de que tudo corria bem sem nenhuma dificuldade, mas a partir desse relatório pudemos perceber que há muito a ser melhorado, e a equipe deve ser o carro chefe nessa busca por melhoria.

Programas como saúde da criança, pré-natal que são muito importantes não estão sendo atingidos, pois segundo o CAP deveríamos cobrir pelo menos 50% do atendimento. Já os hipertensos e diabéticos nos chamou também bastante atenção pelo fato de serem doenças crônicas e necessitam de acompanhamento constante e esse ocorre também menos de 50% do estimado pelo CAP.

Tendo em vista uma primeira visão sobre o serviço ofertado, é perceptível após a obtenção desses índices o quanto muda, na unidade que primeiramente achei ser bem organizada e com atendimento uniforme, na realidade não é feito tão regular assim. Ainda há muito a ser melhorado.

2. Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial (HA) e o Diabetes Mellitus (DM) são apontados como os principais fatores de risco para as doenças cardiovasculares, que por sua vez constituem a principal causa de morbimortalidade na população

brasileira, motivo pelo qual representam agravos à Saúde Pública, do quais 60% a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica (HENRIQUE et. al., 2008).

Detectar, estabelecer diagnóstico, identificar lesões em órgãos-alvo e/ou complicações crônicas e efetuar tratamento adequado para a HAS e o DM caracteriza-se como um verdadeiro desafio para o Sistema Único de Saúde, as sociedades científicas e as associações de portadores, pois são situações que necessitam de intervenção imediata pela alta prevalência na população brasileira e pelo grau de incapacidade que provocam (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

É visto em toda a esfera brasileira a carência da saúde, a falta de estrutura de muitas, a desorganização, entre outros fatores que tornam esse sistema falho. A ação programática é de suma importância para o melhoramento da UBS, pois as atividades são analisadas e a partir daí é visto o que realmente está em falta para depois buscar uma solução. O foco da intervenção são os usuários hipertensos e diabéticos da UBS de Marcolândia. Pretende-se aumentar a cobertura e fomentar estratégias para que não se perca o seguimento desses usuários.

A estrutura física da UBS de Marcolândia não é das mais novas, mas supre as necessidades da população apesar de sempre necessitar de melhorias. A equipe é constituída por diversos profissionais incluindo médico, enfermeiro e técnicos em enfermagem, sempre buscando a melhor forma de comunicação e discernimento para resolver os problemas da USF. Quanto aos hipertensos e diabéticos, aqueles que realizam o seguimento das consultas são sempre atendidos da melhor forma.

Mas o maior problema diz respeito à baixa cobertura e aqueles que costumam iniciar o tratamento e abandonam posteriormente.

Segundo o CAP uma unidade de saúde com 3066 pessoas, teoricamente apresentaria uma população de 688 usuários portadores da HAS, e 197 usuários portadores do DIA. Atualmente segundo o SIAB a UBS cobre 3066 usuários sendo que desses 51 são diabéticos e 230 são hipertensos.

Os usuários que frequentam as consultas, que seguem o tratamento, faltam pouco, sendo maior nos hipertensos do que nos diabéticos, que é cerca de 90 usuários. Como essas duas doenças são bem comuns, é sempre realizado o maior número de ações para promoção da saúde como palestras, intervenções coletivas e sempre a busca da conscientização desses usuários.

É necessário que haja o total envolvimento da equipe para que se consiga o pretendido. A maior dificuldade será conscientizar os usuários da importância de frequentarem a unidade e continuarem fazendo as consultas e controlando as taxas, pelo fato de depender quase que unicamente deles, o que não conseguimos controlar por não estarmos o dia inteiro com eles, por ser necessário que saibamos trata-los da melhor maneira para que se sintam seguros a seguir a nossa orientação e é aí que a equipe entra para melhor favorecer esse entendimento.

Diante do exposto, faz-se necessária a adição de esforços de todos os envolvidos com essa grave situação de saúde pública, buscando a reorganização da atenção básica, tendo como estratégias principais a prevenção dessas doenças, suas complicações e a promoção da saúde, objetivando assim uma melhor qualidade de vida (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001).

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Qualificar a atenção aos hipertensos e diabéticos, na UBS de Marcolândia no município de Marcolândia/PI.

2.2.2 Objetivos Específicos

- Ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos;
- Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos;
- Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa;

- Melhorar o registro das informações;
- Mapear hipertensos e/ou diabéticos de risco para doença cardiovascular;
- Promover a saúde de hipertensos e/ou diabéticos.

2.2.3 Metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1: Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos.

Meta 1.2: Cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

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

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

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 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 diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde:

Monitoramento e avaliação: é necessário monitorar o número de hipertensos cadastrados no programa de atenção à hipertensão arterial e à diabetes mellitus da unidade de saúde

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

Engajamento público: 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. Informar a comunidade sobre a existência do programa de atenção a hipertensão arterial e a diabetes mellitus da unidade de saúde.

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.

Meta 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.

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

Engajamento público: 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 135/85 mmHg. Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Qualificação da prática clínica: capacitar os Agentes Comunitários de Saúde (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 135/85 mmHg.

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

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

Monitoramento e avaliação: monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Organização e gestão do serviço: definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos. Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde. Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais. Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Engajamento público: orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Qualificação da prática clínica: capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado.

Meta 2.2. Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo:

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

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

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

Qualificação da prática clínica: capacitar a equipe para seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

Meta 2.3. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde:

Monitoramento e avaliação: monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular/Hiperdia.

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

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.

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.

Meta 2.4. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e avaliação: monitorar a necessidade de atendimento odontológico para pacientes hipertensos e diabéticos.

Organização e gestão do serviço: garantir o acesso dos pacientes hipertensos e diabéticos ao serviço odontológico.

Engajamento público: orientar os pacientes hipertensos, diabéticos e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos serviços odontológicos e possíveis alternativas para obter este acesso.

Qualificação da prática clínica: capacitar a equipe para a realização de serviços odontológicos.

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

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

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

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

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

Qualificação da prática clínica: treinar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Meta 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).

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

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

Qualificação da prática clínica: treinar os ACS para a orientação de diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

Meta 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.

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.

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

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.

Meta 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.

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.

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

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.

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

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

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

Organização e gestão do serviço: priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco. Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

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 (como alimentação).

Qualificação da prática clínica: capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, no caso dos diabéticos em especial nos pés. Capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação. Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

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

Engajamento público: orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Qualificação da prática clínica: capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 6.2. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos:

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

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

Engajamento público: orientar hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular.

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

Meta 6.3. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos:

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

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

Engajamento público: orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Qualificação da prática clínica: capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

Meta 6.4. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Monitoramento e avaliação: monitorar realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos.

Organização e gestão do serviço: demandar ao gestor a compra de equipamentos e produtos que garantam uma boa higiene bucal para hipertensos e diabéticos. Organizar práticas coletivas para orientação de higiene bucal.

Engajamento público: orientar diabéticos, hipertensos e a comunidade sobre a importância da higiene bucal.

Qualificação da prática clínica: capacitar a equipe para o tratamento bucal de hipertensos e diabéticos. Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde.

2.3.2 Indicadores

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

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

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

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

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

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

Indicador 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.

Indicador 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Indicador 5.1 Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Indicador 5.2 Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.7 Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.8 Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção de qualificação da Atenção aos Hipertensos e Diabéticos adotamos o Caderno da Atenção Básica nº37 – Hipertensão Arterial Sistêmica, Ministério da Saúde/2013 e o Caderno da Atenção Básica nº36 – Diabetes mellitus, Ministério da Saúde/2013. Utilizaremos como registro um prontuário específico da Unidade de saúde, em que serão escritas as informações básicas como: nome, idade, sexo, endereço, entre outras e será registrada também a informações clínicas como peso, pressão arterial, taxa de glicose como também um pouco da história clínica do paciente. Então no prontuário específico vão ser registradas todas as informações referentes a cada consulta. Somando-se à ficha espelho (Anexos A1, A2, A3), que será um acréscimo ao prontuário. Faremos contato com o gestor municipal para dispor

dos prontuários específicos necessários e para imprimi-los. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira revisará o livro de registro identificando todos os pacientes hipertensos e diabéticos que vieram ao programa nos últimos 3 meses. A profissional localizará os prontuários transcreverá todas as informações disponíveis no prontuário para a filha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais em atraso e vacinas em atraso.

A análise situacional e a definição do foco para a intervenção já foram discutidos com a equipe da UBS. Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre o manual técnico de hipertensão e diabetes para que toda a equipe utilize esta referência na atenção aos hipertensos e diabéticos. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada 1 hora ao final do expediente, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

O acolhimento de hipertensos e diabéticos vai seguir da seguinte forma: primeiro os pacientes vão ser atendidos normalmente por mim, com realização dos exames clínicos, e se apresentarem valores alterados de pressão e glicemia será solicitado exames mais detalhados, e o acompanhamento dos mesmos será solicitado, aqueles que chegarem ao posto em caráter de urgência também serão atendidos pelo médico, mas com maior agilidade, todos que forem atendidos sairão com a próxima consulta marcada.

Para acolher a demanda de intercorrências agudas não há necessidade de alterar a organização da agenda, estas serão priorizadas nas consultas disponíveis para pronto atendimento. Para agendar os hipertensos e diabéticos provenientes da busca ativa serão reservadas 5 consultas por semana. .

3. Relatório da Intervenção

A intervenção teve como objetivo geral qualificar a atenção aos hipertensos e diabéticos, na UBS de Marcolândia no município de Marcolândia/PI, e como objetivos específicos: ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos; melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos; melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa; melhorar o registro das informações; mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular; promover a saúde de hipertensos e diabéticos. Analisando nossos objetivos e nossos resultados, podemos perceber que conseguimos muitos deles principalmente quando se diz respeito a ampliar a cobertura e conseqüentemente melhorar a qualidade e adesão. Quanto a mapear hipertensos e diabéticos de riscos para doenças cardiovasculares, fizemos o possível nas consultas de rotina. E em conseqüência a todos os itens citados acima promovemos a saúde de hipertensos e diabéticos.

3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas

As ações planejadas para o projeto foram: cadastrar hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos; garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo; buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada; manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde; realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde; garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos; garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos;

Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos; garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos

pacientes hipertensos e diabéticos; monitoramento das ações. As ações de cadastramento de hipertensos e diabéticos foram realizadas rigorosamente, conseguindo índices de 100% para diabéticos e 87% para hipertensos. No início realizamos bastantes cadastros, com um declínio significativo nas ultimas semanas, sem uma justificativa. O cadastramento é a primeira etapa da intervenção, em que sabemos que aquele usuário pode ser enquadrado no programa e conseqüentemente iniciamos todas as atividades com ele. Quanto à realização das ações: realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos; garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo alcançamos 100%, elas estão ligadas ao cadastramento, que a partir do momento que o usuário é cadastrado todos os exames são feitos para que haja o controle das taxas. Quanto a buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada atingimos 100% também, funcionando da seguinte forma, as consultas que estão marcadas e os usuários faltam, se caso não viesse nos dias próximos ou não dessa justificativa, entramos em contato na outra semana marcando uma nova consulta, se caso não aparecesse novamente, iríamos a sua casa em busca de explicação e conscientização do seguimento das consultas. Quanto a manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde; realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde foram realizadas rigorosamente também. E o restante das atividades como garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos; garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos; garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos; garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos; monitoramento das ações, foram realizadas na sua totalidade, sempre feitas nas consultas, ou até nas palestras ou encontros comunitários. As últimas ações citadas, não tiveram dificuldades, apenas fácil de serem implantadas, já que dependiam mais da equipe de saúde do que dos usuários em si. Assim, desenvolvemos todas as atividades previstas no projeto.

As atividades que mais causaram impacto nos usuários foram as de orientações nutricionais, atividades físicas, riscos do tabagismos, pois muitas dessas informações eles desconheciam totalmente, era perceptível que muitos chegavam a se espantar com os riscos de uma vida desregulada para a saúde. Algumas ações estão ilustradas na figuras 1 e 2.



Figura 1. Orientação para usuários diabéticos e hipertensos.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.



Figura 2. Realização de exames clínicos.

Fonte: Dados da Pesquisa, 2014.

3.2 Ações previstas no projeto que NÃO foram desenvolvidas

Foram desenvolvidas todas as ações previstas no projeto, todas realizadas com muita satisfação e de maneira organizadas, sempre colocando

o usuário como elemento principal, tentando suprir todas as necessidades. A maioria das vezes as ações eram realizadas nas consultas, porém as ações de orientações algumas vezes eram realizadas em encontros.

3.3 Dificuldades encontradas

A coleta de dados inicialmente foi difícil por ser desconhecido, as fichas, o sistema, mas com o tempo, com o devido estudo e com o devido treinamento houve a facilidade no preenchimento. Depois do preenchimento da ficha, há a alimentação da tabela de coleta de dados, que inicialmente me trouxe um pouco de dificuldade, mas que após alguns esclarecimentos no DOE, tornou-se fácil e descobri ser muito eficaz, principalmente por saber que todos os índices são calculados instantaneamente e que assim, temos toda a situação da UBS, logo após a alimentação. Sistema de alimentação de dados, muito bom e eficaz.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço

As ações que foram previstas para o projeto são bem viáveis para a comunidade pelo fato de não exigirem nada de extraordinário, apenas organização da equipe e trabalho em equipe junto com a comunidade, passando informação e realizando tudo para qualificar cada vez mais essa intervenção. É necessário que se melhore cada vez mais a interação entre comunidade e UBS e também equipe-equipe, que muitas vezes deixa a desejar de forma a afetar algumas atividades a serem realizadas, apesar de todos terem sido capacitados, sempre há a presença de uma ou outra pessoa que não auxilia, ou deixa o trabalho para alguém, algumas dificuldades foram encontradas com os agentes de saúde, mas que por fim, acabou sendo bem resolvido.

Quanto a questão de continuidade não é certo que eu continue na unidade, porém como todos foram capacitados para essa linha seria bom que

passasse para o próximo médico que vier, sendo assim, a linha iria ser seguida, com visão de outro profissional.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A população total do município é de 3066 habitantes. O número total de hipertensos maiores de 20 anos ou residentes no território é de 230, de diabéticos é de 51.

Tivemos como objetivos específicos: Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos; Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos; Melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa; Melhorar o registro das informações; Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular; Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Análise dos indicadores:

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

Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos.

Meta 1.1. Cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

No primeiro mês de intervenção cadastramos 151 (65,7%), já no segundo mês chegamos ao número de cadastrados de 173 (75,2%) e no último mês de intervenção chegamos a 200 (87%).

Assim atingimos a nossa primeira meta que era cadastrar 40% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão

Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. E também um dos nossos objetivos, ampliar a cobertura aos hipertensos.

Quanto à ampliação da cobertura de hipertensos, no início fluiu bem fácil e rápido, com um grande número de cadastrados por semana, sempre havia usuários interessados em participar da intervenção. Com o passar do tempo esse número foi diminuindo gradativamente, chegando aos últimos meses a muito pouco, comparando com o início. Mas mesmo assim atingimos o esperado, e o que auxiliou muito nessa jornada, foi o auxílio da equipe, sempre enfatizando a importância da participação dos usuários. Recebemos um apoio incondicional da UBS inteira, que se esforçava para atingir o nosso objetivo.

Figura 3 - Gráfico da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de Dados fornecida pela UFPEL, 2014.

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

Objetivo 1. Ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos.

Meta 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.

Iniciamos o primeiro mês com o cadastramento de 40 (67,8%) diabéticos, no segundo mês chegamos a 49 (83,1%) e no último mês de intervenção chegamos a 51 (100%). Assim atingimos o máximo do cadastramento dos diabéticos.

Atingimos então a segunda meta do nosso plano de intervenção que é cadastrar 50% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes.

A ampliação da cobertura de diabético fluiu bem com um pouco mais de dificuldade, no início recebemos um número considerável de cadastrados por

semana, mas com o passar do tempo esse número foi diminuindo gradativamente, chegando aos últimos meses a muito pouco, com cerca de um ou dois semanais. Podendo ser explicado pelo pequeno número de diabéticos. Mas mesmo assim atingimos o esperado, e o que auxiliou muito nessa jornada, foi o auxílio da equipe, sempre enfatizando a importância da participação dos usuários. Recebemos um apoio incondicional da UBS inteira, que se esforçava para atingir o nosso objetivo.

Figura 4 - Gráfico da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Fonte: Planilha de Dados fornecida pela UFPEL, 2014.

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

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

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

Realizamos todos os meses em sua totalidade, em todos os usuários (100%), assim no primeiro mês realizou-se nos 151 (100%) usuários, no segundo mês nos 173 (100%) e no terceiro mês nos 200 (100%), atingindo assim os 100% em todos os meses.

Atingimos com isso, a terceira meta que é realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Quanto à realização de dos exames clínicos, não houve nenhuma dificuldade, tendo em vista que dependia inteiramente da equipe da USF, que auxiliou bastante no processo.

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

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

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

Foi realizado exame clínico em todos os usuários diabéticos, todos os meses da intervenção, assim no primeiro realizou-se nos 40 (100%) usuários, no segundo mês nos 49 (100%) e no terceiro mês nos 59 (100%), atingindo assim os 100% em todos os meses.

Atingimos assim, a quarta meta que é realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

A realização de dos exames clínicos nos diabéticos, não houve nenhuma dificuldade, tendo em vista que dependia inteiramente da equipe da USF, que auxiliou bastante no processo.

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

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

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

Foram realizados exames complementares, todos os meses da intervenção, assim no primeiro mês compareceu a UBS 151 usuários, sendo realizado exames complementares em 100%, no segundo mês em 173 (100%) e no terceiro mês em 200 (100%), atingindo assim os 100% em todos os meses de acordo com o protocolo.

A dificuldade encontrada nesse indicador foi pelo fato de os exames complementares não depender totalmente da equipe, e também dos usuários. Mas tudo foi realizado em todos os meses de todos os usuários, devido ao enfoque dado pela equipe na importância da realização desses exames.

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

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

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

Foram realizados exames complementares, todos os meses da intervenção, assim no primeiro compareceu a UBS 40 usuário, sendo realizado exames complementares em 100%, no segundo mês nos 49 (100%) e no terceiro mês nos 59 (100%), atingindo assim os 100% em todos os meses de acordo com o protocolo.

Quando a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo, a dificuldade encontrada foi pelo fato de os exames não dependerem totalmente da equipe, mas também dos usuários. Porém, tudo foi realizado em todos os meses de todos os usuários, devido ao enfoque dado pela equipe na importância da realização desses exames.

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

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

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

No primeiro mês foi de 100 (66,2%) hipertensos com medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, no segundo mês 115 (66,5%) e no terceiro mês 140 (70%).

Assim, a meta que diz para priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, não foi atingida, porém o percentual foi bem próximo de 100, tendo em vista também o gradual aumento do primeiro mês para o último mês. Essa meta pode não ter sido atingida, pela falta de viabilidade, pois muitas vezes a farmácia popular pode não disponibilizar da melhor opção de medicamento para aquele usuário.

A prescrição de medicamentos da farmácia popular dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde foi priorizada, não apresentando nenhuma dificuldade. Sempre tendo muito apoio da equipe.

Figura 5 - Gráfico da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha de Dados fornecida pela UFPEL, 2014.

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

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

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

No primeiro mês foi de 27 (67,5%) diabéticos com medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia, no segundo mês 36 (73,5%), e no terceiro mês 46 (78%).

Portanto, a meta que diz priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde, não foi atingida, porém o percentual foi bem próximo de 100, tendo em vista também o gradual aumento do primeiro mês para o último mês. Essa meta pode não ter sido atingida, pela falta de viabilidade, pois muitas vezes a

farmácia popular pode não disponibilizar da melhor opção de medicamento para aquele usuário.

Foi priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde, não apresentando nenhuma dificuldade. Sempre tendo o apoio da equipe.

Figura 6 - Gráfico da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Fonte: Planilha de Dados fornecida pela UFPEL, 2014.

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

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

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

No primeiro mês houve avaliação em 117 (77,5%) usuários, no segundo mês em 146 (84,4%) e no último mês em 172 (86%).

Não atingimos a meta de realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos, tendo em vista que chegamos à porcentagem de 86%.

Foi realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico em muitos usuários, porém não em todos, pois depende de um membro da equipe em específico, que em alguns momentos não pode atender toda a demanda que chegava ao consultório.

Figura 7 - Gráfico da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de Dados fornecida pela UFPEL, 2014.

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

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

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

No primeiro mês houve avaliação em 31 (77,5%) usuários, no segundo mês 41 (83,7%), e no terceiro mês 51 (86,4%).

Não atingimos a meta de realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos, porém chegamos bem próximo aos 100, com os 86,4%.

Foi realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico em muitos usuários, porém não em todos, pois depende de um membro da equipe em específico, que em alguns momentos não pode atender toda a demanda que chegava ao consultório.

Figura 8 – Gráfico da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Fonte: Planilha de Dados fornecida pela UFPEL, 2014.

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

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

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

No primeiro mês 9 (100%) foram os hipertensos faltosos às consultas com busca ativa, no segundo esse numero aumentou chegando a 14 (100%) e no terceiro mês 22 (100%).

Atingimos então a meta de buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

A busca dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada foi realizada e houve auxilio incondicional dos agentes de saúde, que se prontificaram a realizar tal tarefa.

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

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

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

No primeiro mês 3 (100%) foram os diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, no segundo esse número se repetiu e no terceiro dobrou 6 (100%).

Atingimos então a meta buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

A busca dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada foi realizada e houve auxilio incondicional dos agentes de saúde, que se prontificaram a realizar tal tarefa.

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Todos os hipertensos cadastrados possuem os registros adequados na ficha de acompanhamento, assim os índices são: no primeiro mês 151 (100%), no segundo mês 173 (100%) e no terceiro mês 200 (100%).

Atingimos a meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

O registro das informações dos usuários foi melhorado com o auxílio da equipe que concordou em utilizar o novo sistema, não oferecendo muita dificuldade, apenas no início pelo desconhecimento do mesmo.

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações.

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

Todos os diabéticos cadastrados possuem os registros adequados na ficha de acompanhamento, assim os índices são: no primeiro mês 40 (100%), no segundo mês 49 (100%) e 59 (100%).

Atingimos a meta de manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

O registro das informações dos usuários foi melhorado com o auxílio da equipe que concordou em utilizar o novo sistema, não oferecendo muita dificuldade, apenas no início pelo desconhecimento do mesmo.

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

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

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

Todos os hipertensos cadastrados realizavam estratificação de risco cardiovascular, estando em dia, assim os índices são: no primeiro mês 151 (100%), no segundo mês 173 (100%) e no terceiro mês 200 (100%).

Atingimos então a meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

O mapeamento de hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular foi realizado, sem apresentar nenhuma dificuldade.

Indicador 5.1: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.

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

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

Todos os diabéticos cadastrados realizavam estratificação de risco cardiovascular, estando em dia, assim os índices são: no primeiro mês 40 (100%), no segundo mês 49 (100%) e 59 (100%).

Atingimos então a meta de realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Houve o mapeamento de hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular, sem haver nenhuma dificuldade.

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Todos os hipertensos cadastrados receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, assim os índices são: no primeiro mês 151 (100%), no segundo mês 173 (100%) e no terceiro mês 200 (100%).

Atingimos então a meta de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

A orientação sobre alimentação nutricional para hipertensos, não houve nenhuma dificuldade, pelo fato de ser responsabilidade da equipe, portanto assim foi realizado.

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Todos os diabéticos cadastrados receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável, assim os índices são: no primeiro mês 40 (100%), no segundo mês 49 (100%) e 59 (100%).

Atingimos então a meta de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Quanto à orientação sobre alimentação nutricional, não houve nenhuma dificuldade, pelo fato de ser responsabilidade da equipe, portanto assim foi realizado.

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Todos os hipertensos cadastrados receberam orientação sobre a prática de atividade física regular, devido à importância da prática concomitante com o tratamento farmacológico, assim os índices são: no primeiro mês 151 (100%), no segundo mês 173 (100%) e no terceiro mês 200 (100%).

Atingimos então a meta de garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

A orientação sobre a atividade física regular, não houve nenhuma dificuldade, pelo fato de ser responsabilidade da equipe, portanto assim foi realizado.

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Todos os diabéticos cadastrados receberam orientação sobre a prática de atividade física regular, devido à importância da prática concomitante com o tratamento farmacológico, assim os índices são: no primeiro mês 40 (100%), no segundo mês 49 (100%) e 59 (100%).

Atingimos então a meta garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Quanto à orientação de sobre a atividade física regular, não houve nenhuma dificuldade, pelo fato de ser responsabilidade da equipe, portanto assim foi realizado.

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Todos os hipertensos cadastrados receberam orientação sobre o risco do tabagismo, assim os índices são: no primeiro mês 151 (100%), no segundo mês 173 (100%) e no terceiro mês 200 (100%).

Atingimos então a meta de garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Quanto à orientação de sobre os riscos do tabagismo em hipertensos, não houve nenhuma dificuldade, pelo fato de ser responsabilidade da equipe, portanto assim foi realizado.

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Todos os hipertensos cadastrados receberam orientação sobre o risco do tabagismo, assim os índices são: no primeiro mês 40 (100%), no segundo mês 49 (100%) e 59 (100%).

Atingimos então a meta de garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Quanto à orientação de sobre os riscos do tabagismo não houve nenhuma dificuldade, pelo fato de ser responsabilidade da equipe, portanto assim foi realizado.

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Todos os hipertensos cadastrados receberam orientação sobre higiene bucal, assim os índices são: no primeiro mês 151 (100%), no segundo mês 173 (100%) e no terceiro mês 200 (100%).

Atingimos então a meta garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Quanto à orientação de saúde bucal não houve nenhuma dificuldade, tendo em vista que é responsabilidade da equipe, portanto assim foi feito.

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Todos os diabéticos cadastrados receberam orientação sobre higiene bucal, assim os índices são: no primeiro mês 40 (100%), no segundo mês 49 (100%) e 59 (100%).

Atingimos então a meta de garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Não houve nenhuma dificuldade quanto à orientação de saúde bucal, tendo em vista que é responsabilidade da equipe, portanto assim foi feito.

4.2 Discussão

A intervenção para equipe foi de suma importância, tendo em vista que houve um treinamento prévio, de pouco tempo, para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. O que promoveu o trabalho integrado da equipe. Os agentes de saúde auxiliaram no momento de busca dos pacientes para aumento da cobertura, o médico e o enfermeiro ficaram responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes. Foram revistas atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, descentralizando o atendimento do médico. A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a atenção à demanda espontânea.

Os hipertensos e diabéticos se mostraram bastante satisfeitos com o novo modelo de atendimento. A intervenção trouxe inúmeros benefícios para a comunidade tendo em vista que houve o aperfeiçoamento do atendimento, podendo assim garantir bom serviço a mais usuários, fazendo assim a promoção da saúde. A comunidade foi a mais beneficiada com a intervenção.

A intervenção na UBS propiciou inúmeros benefícios para toda a comunidade, principalmente no quesito da cobertura, a qual foi ampliada mais do que o previsto como objetivo, conseguindo alcançar 87% da cobertura de hipertensos, e 100% para diabéticos. A qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos melhorou consideravelmente, o que também foi um objetivo atingido. Com as atividades educativas e explicações mais detalhadas, melhoramos também a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa, em que são poucos os faltosos. A melhoria do registro das informações facilitou muito o trabalho da equipe junto à comunidade. Assim em consequência de tudo

realizado, houve a promoção à saúde de hipertensos e diabéticos, o que é papel dos membros da UBS.

A intervenção foi muito boa, não tendo muito que melhorar. Caso fosse realizar a intervenção nesse momento, buscaria promover uma maior interação da equipe. Considero muito importante a distribuição e participação do trabalho para todos os membros da equipe e, dessa forma, deveria haver maior capacitação da equipe, para assim haver maior envolvimento da mesma com a intervenção, trazendo maior auxílio tanto para o médico, como para a comunidade.

Assim, a intervenção aperfeiçoou consideravelmente o serviço, podendo a partir de agora oferecer maior qualidade aos usuários, que a partir de agora estão cada vez mais satisfeitos. O serviço tornou-se mais organizado desde a hora da marcação da consulta, ao registro e principalmente ao atendimento. Os diabéticos e hipertensos estão bem mais assistidos, podendo ter mais segurança na unidade de saúde.

A intervenção pode ser facilmente incorporada à rotina, com alguns ajustes para se adaptar a realidade da unidade de saúde. E, respeitando a característica de cada unidade de saúde, pode sim ser expandida, capacitando bem a equipe e organizando as atividades. Sendo assim, deve haver maior conscientização da comunidade, bem como da equipe, gestores, da importância de um projeto como esse, que pode diminuir ou pelo menos controlar os casos de hipertensão e diabetes.

4.3 Relatório da Intervenção para Gestores

Bom dia/tarde sou o médico Leonardo Lins da Unidade de Saúde da Família de Marcolândia e vim aqui relatar sobre o processo de intervenção que fizemos na USF, durante esses meses.

Inicialmente, após estudo de alguns relatórios, percebi que o grupo mais populoso e mais prejudicado em nível de informação era o dos hipertensos e diabéticos, assim, percebi que eles necessitavam mais do que os outros de

uma intervenção, para promover melhoria dos serviços oferecidos e conseqüentemente melhorar a saúde dos envolvidos. Portanto, toda a intervenção está voltada para os hipertensos e diabéticos.

Depois de escolher o grupo que iria participar da intervenção, analisamos quais dificuldades atingiam os mesmos e a partir daí buscamos formular objetivos e metas que envolvessem o grupo. Foram nossos objetivos: ampliar a cobertura aos hipertensos e diabéticos; melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos; melhorar a adesão de hipertensos e diabéticos ao programa; melhorar o registro das informações; mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular; promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Posteriormente, decidimos quais seriam as ações que iríamos realizar, para atingir tais objetivos, que foram: cadastrar hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos; garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo; buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada; manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde; realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde; garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos; garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos; garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos; garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos; monitoramento das ações.

Obtivemos sucesso em todas as ações e objetivos implantados, principalmente quanto a cobertura que atingimos 200 (87%) de hipertensos e 51 (100%) dos diabéticos. Posso afirmar que a equipe auxiliou bastante na intervenção e que é muito importante a participação e interação da mesma,

caso contrário, a intervenção não teria sucesso. Como já citado, conseguimos atingir os objetivos, e o que ganharemos com isso é um serviço mais aprimorado, em que vamos poder atender os usuários garantindo um atendimento adequado e a partir da melhoria do serviço teremos a melhoria da saúde dos usuários, em que vão poder confiar mais na equipe de saúde, devido a um serviço de qualidade que estará sendo oferecido. Com a confiança dos usuários, os casos de hipertensão e diabetes serão controlados, diminuindo os gastos para essa parcela da população que é bastante grande.

Objetivemos o apoio de vocês em todo o processo de intervenção, quanto ao material que foi impresso e principalmente com a divulgação. Além de disponibilizarem os equipamentos necessários, na medida do possível. O que foi de suma importância para o desenvolvimento do projeto.

Nós dependemos do apoio de vocês gestores para enfatizar a importância da implementação da intervenção na unidade, porque com o apoio de vocês poderemos aumentar a qualidade do serviço, principalmente com auxílio financeiro, em que poderemos fazer palestras com material de ponta, ter aparelhos para fazer os exames, e assim assistir mais os usuários. Poderemos também buscar maiores horizontes, iniciando a intervenção em outras unidades e quem sabe em outras áreas. Portanto, com o incentivo de vocês poderemos melhorar o serviço cada vez mais e a partir daí se aliar também à comunidade, já que ela é o sujeito principal, podendo atingir com facilidade o objetivo que for. Obrigado.

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade

Bom dia/tarde, como vocês devem saber sou o médico Leonardo Lins da Unidade de Saúde da Família de Marcolândia e vou contar para vocês como foi o processo de intervenção que fizemos aqui na USF, durante esses meses.

O nosso foco foram os hipertensos e diabéticos, por esse grupo ser grande aqui na USF, quando escolhemos o grupo que iríamos trabalhar, vimos todas as dificuldades que vocês passam, os limites do atendimento e a partir daí construímos objetivos e metas, todos buscando a melhoria do serviço e

assim a melhoria da saúde de vocês. Buscamos assim, realizar tudo o que planejamos.

Primeiramente nós fomos buscar mais pessoas para participar das atividades que planejamos, cadastrando mais pessoas. Conseguimos cadastrar todos os diabéticos que planejamos e 87% (200) dos hipertensos. Dessa forma, nós podemos ter o controle de mais pessoas, para poder assim auxiliar nessa jornada, com uso de medicamentos, realização de exames, tudo que vocês tem direito. Dessas pessoas que foram cadastradas e das que já estavam cadastradas, nós buscamos realizar exames clínicos, ou seja, na consulta nós fizemos os exames iniciais como verificação de pressão, verificação de glicemia, para podermos registrar e assim acompanhar o andamento do tratamento de vocês. Garantimos que vocês realizassem todos os exames complementares e também aquelas pessoas que estavam faltando às consultas, nós fomos atrás para saber o porquê de não irem à unidade de saúde e conversamos para que ela soubesse a importância de comparecer, ou seja, realizamos uma busca ativa de todos os faltosos. A ficha de acompanhamento de vocês é aquela que nós escrevemos tudo que acontece com vocês, resultado dos exames, o que estão sentindo no momento, para podermos acompanhar a evolução do tratamento. Realizamos a estratificação do risco cardiovascular em todos os diabéticos e hipertensos que estavam cadastrados. E ainda conversamos sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e sobre higiene bucal, para que todos vocês saibam o que estão fazendo de certo ou errado, para que possam melhorar e assim melhorar a saúde, diminuindo riscos, ou algo que possa está prejudicando o andamento do tratamento.

Como todo trabalho em equipe, nós tivemos algumas dificuldades, mas todas foram contornadas da melhor forma possível. Com tudo isso, nós buscamos melhorar a saúde de vocês (hipertensos e diabéticos), orientando, acompanhando, fazendo tudo que possa está relacionado com melhoria.

Agora, depois dessa fase de teste, iremos tentar incorporar a intervenção, a rotina da unidade, e como iremos fazer isso? Simples, vamos escolher um ou dois dias na semana de atendimento exclusivo para vocês, em

que vamos poder dá uma assistência maior, fazendo tudo que é necessário, utilizando as fichas para o preenchimento dos seus dados, para que haja maior controle, e assim chegar ao final do mês, tendo atendimento a todos, dando as devidas instruções. Para que tudo ocorra bem, nós precisamos nos unir, médicos, enfermeiros, agentes de saúde, com vocês da comunidade, porque nós temos o conhecimento e estamos dispostos a repassar para vocês tudo que sabemos e tudo que será bom para vocês e vocês são o elemento principal, porque são vocês, com o compromisso de tentar seguir o que nós temos a oferecer, vir às consultas e assim nos ajudar a auxiliar vocês da melhor maneira possível, certo?

5. Reflexão Crítica Sobre Seu Processo Pessoal de Aprendizagem

Inicialmente fiquei meio receoso quanto ao andamento do projeto, pois tinha uma visão que poderia não dá certo por não responsabilidade só minha, mas sim envolvendo muitas pessoas, no caso a equipe da unidade de saúde e os usuários da mesma. Com o passar do tempo, fui seguindo as orientações do curso que nos ensinou os primeiros passos, detalhadamente, orientando desde a análise situacional até avaliação da intervenção. A orientação do curso foi de suma importância para o andamento da intervenção, e assim fui ficando mais seguro, o que foi muito importante para que eu pudesse repassar essa segurança para minha equipe e conseqüentemente para os usuários.

O curso significou muito para minha prática profissional, pelo fato de apresentar uma abordagem teórica e prática e assim nos dá um suporte e segurança para seguir na caminhada da intervenção. Exigiu de mim um espírito líder, em que fui aprimorando no decorrer do tempo, também aprendi a

conviver e lidar com minha equipe de forma saudável e a conversar e conscientizar os usuários da unidade.

Apreendi bastante com o curso, envolveu a teoria e a prática de forma exemplar. Enquanto estávamos participando dos fóruns, os casos clínicos abordavam temas muito relevantes, de acordo como o nosso cotidiano, os estudos de prática clínica, e também os testes de qualificação tínhamos toda uma abordagem teórica, que muitas vezes buscávamos em outras literaturas, que também eram disponibilizadas no curso, estávamos também praticando no dia-a-dia na unidade de saúde, tendo que aprimorar os conhecimentos para passar os usuários, principalmente ao grupo escolhido, de diabéticos e hipertensos. Foi criada então, toda uma bagagem teoria e prática, que acrescentou enormemente o meu profissional.

Quanto ao caminhar da intervenção, eu como médico e participante do curso responsável pela liderança da intervenção, para mim foi uma experiência e ao mesmo tempo um desafio, a cada dia ouvimos novas histórias, nas mais diversas situações, foi estímulo para mim. Ficou aquela sensação de um trabalho ainda não concluído, almejo permanecer na atenção básica prestando assistência a comunidade de forma organizada e sempre atuando em equipe.

Bibliografia

BRASIL, Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Hipertensão Arterial Sistêmica. Cadernos de Atenção Básica, nº 37. Brasília – DF, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: Diabetes Mellitus. Cadernos de Atenção Básica, nº 36. Brasília – DF, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica – HAS e Diabetes mellitus – DM PROTOCOLO. Brasília – 2001.

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1																	
Dados para Cadeia	Número de paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	0 paciente é hipertenso?	0 paciente é diabético?	0 paciente está com o exame aferido no dia de acordo com o protocolo?	0 paciente está com o exame complementar aferido de acordo com o protocolo?	0 paciente apresenta hemorridia carotídea?	Tabela de aferição realizada em 24h de ciclo de Hipertensão da Portaria Popular?	0 paciente foi realizado controle de glicemia de acordo com o protocolo?	0 paciente está seguindo as orientações de acordo com o protocolo?	0 paciente está seguindo as orientações de acordo com o protocolo?	0 paciente está seguindo as orientações de acordo com o protocolo?	0 paciente está seguindo as orientações de acordo com o protocolo?	0 paciente está seguindo as orientações de acordo com o protocolo?	0 paciente está seguindo as orientações de acordo com o protocolo?	0 paciente está seguindo as orientações de acordo com o protocolo?
0 paciente está seguindo as orientações de acordo com o protocolo?	0 paciente está seguindo as orientações de acordo com o protocolo?	Nome	Em anos	0-92a 1-Sim	0-92a 1-Sim	0-92a 1-Sim	0-92a 1-Sim	0-92a 1-Sim	0-92a 1-Sim	0-92a 1-Sim	0-92a 1-Sim	0-92a 1-Sim	0-92a 1-Sim	0-92a 1-Sim	0-92a 1-Sim	0-92a 1-Sim	0-92a 1-Sim
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	
16																	
17																	
18																	
19																	
20																	
21																	

Documento do Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

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

