UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS – UNASUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL
ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MODALIDADE À DISTÂNCIA

MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS DA ESF DR. GILBERTO WIESEL, MUNICÍPIO SELBACH/RS

CAMILA COMIN

Pelotas, 2015

CAMILA COMIN

Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos da ESF Dr. Gilberto Wiesel, Município Selbach/RS

Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância – UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Liziane da Silva Matté

Pelotas, 2015

Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação

C733m Comin, Camila

Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos da ESF Dr. Gilberto Wiesel, município Selbach /RS / Camila Comin; Liziane Da Silva Matté, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

94 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. Matté, Liziane Da Silva, orient. II. Título

CDD : 362.14

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

Agradeço o trabalho à minha orientadora Liziane da Silva Matté, pela dedicação e convivência diária.
Agradeço aos amigos e familiares que participaram direta ou indiretamente para a conclusão deste trabalho.

Agradecimentos

A Deus por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades.

À minha orientadora Liziane da Silva Matté, pelo suporte no pouco tempo que lhe coube, pelas suas correções e incentivos.

Aos meus amigos e familiares, pelo amor, incentivo e apoio incondicional.

E a todos que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação, o meu muito obrigado.

Lista de Figuras

PÁG

Figura 1 Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel. Selbach, RS, 2014..... 60

Figura 2 Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014..... 61

Figura 3 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014..... 61

Figura 4 Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014..... 61

Figura 5 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com protocolo, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014..... 62

Figura 6 Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com protocolo, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014..... 62

Figura 7 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia priorizada, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.. 63

Figura 8 Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia priorizada, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.. 63

Figura 9 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014..... 64

Figura 10 Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014..... 64

Figura 11 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014..... 65

Figura 12 Gráfico indicativo da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014..... 65

Figura 13 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014..... 66

Figura 14 Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014..... 66

Figura 15 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014..... 67

Figura 16 Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com

estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014..... 67

Figura 17 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014..... 68

Figura 18 Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014..... 68

Figura 19 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014..... 69

Figura 20 Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014..... 69

Figura 21 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014..... 69

Figura 22 Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014..... 70

Figura 23 Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014..... 70

Figura 24 Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, na unidade de saúde ESF Dr.

Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014..... 71

Lista de Siglas e Abreviaturas

ACS	Agentes Comunitárias de Saúde
AVC	Acidente Vascular Encefálico
CA	Câncer
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CP	Citopatológico
DM	Diabetes Mellitus
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FB	Farmácia Básica
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IMC	Índice de Massa Corporal
MS	Ministério da Saúde
NASF	Núcleos de Apoio à Saúde da família
PA	Pressão Arterial
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFPel	Universidade Federal de Pelotas

SUMÁRIO

	Pág.
Apresentação	12
1 Análise Situacional	13
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	13
1.2 Relatório da Análise Situacional	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da álise Situacional	22
2 Análise Estratégica	24
2.1 Justificativa	24
2.2 Objetivos e metas	25
2.3 Metodologia	27
2.3.1 Detalhamento das ações	27
2.3.2 Indicadores	45
2.3.3 Logística	51
2.3.4 Cronograma	53
3 Relatório da Intervenção	55
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	55
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	57
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	58
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	58
4 Avaliação da intervenção	60
4.1 Resultados	60
4.2 Discussão	71
4.3 Relatório da intervenção para gestores	73
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade	76
5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	79
6 Referências	80
Anexos	82
Anexo 1 – Ficha Espelho	83
Anexo 2 - Planilha de coleta de dados	85
Anexo 3 - Documento do comitê de ética	87
Apêndices	88

Resumo

COMIN, Camila. **Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos da ESF Dr. Gilberto Wiesel, município Selbach /RS**. 2015. 94f.; il. Projeto de intervenção apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade à Distância UFPEL/UNASUS, como requisito parcial para a obtenção de título de especialista em Saúde da Família.

A intervenção foi direcionada à saúde dos hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência da ESF Dr. Gilberto Wiesel, pois são doenças crônicas responsáveis por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e da expectativa de vida. Desse modo, a unidade básica de saúde deve ser a porta de entrada preferencial para esses usuários no sistema de saúde, pois é considerada como ponto estratégico para melhor acolher suas necessidades, proporcionando acompanhamento longitudinal e continuado durante toda a doença; o bom manejo na atenção básica evita hospitalizações e mortes por complicações. A Unidade Dr. Gilberto Wiesel está localizada na zona central de Selbach/RS e conta com uma equipe de ESF, com aproximadamente 4500 usuários. O objetivo principal do projeto de intervenção é melhorar a adesão e qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, residentes na área adstrita, fazendo parte de um projeto mais amplo “Qualificação das Ações Programáticas na Atenção Básica à Saúde”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPeL, em março/2012.. O protocolo utilizado para amparar a intervenção será o Caderno de Atenção Básica do MS– Estratégia para Cuidado da Pessoa com Doença Crônica - Diabetes Mellitus e Estratégia para Cuidado da Pessoa com Doença Crônica - Hipertensão Arterial Sistêmica, ano 2013. Os dados obtidos através dos registros específicos e prontuários foram semanalmente revisados para análise dos indicadores. Na área adstrita da unidade há 1006 pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão Arterial Sistêmica e 287pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes Mellitus, valores estes determinados por estimativa, já que não havia nenhum registro específico para esta faixa etária. Ao término da intervenção foram cadastrados 278 (37,3%) hipertensos e 85 (61,6%) diabéticos. Do total de 289 pacientes cadastradas, na faixa etária de 20 anos ou mais, 272 (97,8%) dos hipertensos e 83 (97,6%) dos diabéticos foram orientados sobre higiene bucal; 273 (98,2%) dos hipertensos e 97,6% (83) diabéticos receberam orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física e riscos do tabagismo; 165 (58,3%) dos hipertensos e 55 (64,7%) dos diabéticos tiveram priorizada a prescrição de medicações pertencentes à farmácia popular; 197 (70,9%) de hipertensos e 63 (74,1%) de diabéticos estavam com exames complementares em dia. Apesar de não ter atingido as metas traçadas, principalmente em função da grande demanda e pouco tempo hábil, com a intervenção foi possível identificar as deficiências do serviço, qualificar e uniformizar o atendimento aos usuários, criar registros específicos possibilitando controle contínuo e planejamento de novas ações.

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

Apresentação

Este trabalho de conclusão de curso da Especialização em Saúde da Família UNASUS-UFPel, está organizado em cinco capítulos, os quais apresentam todo o processo de trabalho desenvolvido durante o curso, na Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde Gilberto Wiesel do município de Selbach.

O primeiro capítulo trata da Análise Situacional no qual as condições da unidade de saúde são apresentadas, relatando seus pontos positivos e negativos relacionados ao processo de trabalho e a estrutura física.

No segundo capítulo, nomeado Análise Estratégica, apresentamos o projeto de intervenção, onde se planeja as ações a serem desenvolvidas no período da intervenção.

O Relatório de Intervenção é apresentado no terceiro capítulo; nele são apresentadas as ações desenvolvidas durante a intervenção, as dificuldades encontradas e a viabilidade de incorporar as ações ao serviço.

O quarto capítulo apresenta os Resultados da Intervenção, onde são relatados os motivos pelos quais foi importante realizar a intervenção, como esta intervenção foi realizada, quais foram os resultados obtidos e qual o significado destes resultados obtidos para a comunidade, para o serviço e para o profissional de saúde.

O quinto e último capítulo apresenta a Reflexão Crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e sobre a implantação da intervenção na unidade.

1.Análise Situacional

1.1Texto inicial: "Qual asituação da ESF/APS em seu serviço?”

Inicialmente trabalho na Unidade Básica de Saúde (UBS) Dr.Gilberto Wiesel, integrante da rede de Sistema Único de Saúde (SUS), no município de Selbach - RS, uma cidade de colonização alemã, com população em torno de cinco mil habitantes, com bom nível socioeconômico. Desde o início de 2014 está sendo implantada a Estratégia de Saúde da Família (ESF) na minha unidade, o que trará grande benefício para a população, bem como para a saúde como um todo. No meu ver a estrutura física desta UBS não é totalmente adequada ao preconizado, principalmente em relação ao acesso de idosos e deficientes físicos, pois possui muitas rampas com calçadas lisas, além de escadas e corredores estreitos.

Através do que pesquisei com os funcionários mais antigos, o prédio era uma antiga casa, dessa maneira não possuindo a constituição necessária para uma unidade de saúde, como: salas bem distribuídas, ventiladas ou amplas; como exemplo de inadequação está a sala designada para farmácia, a qual é pequena e mal ventilada, prejudicando a conservação e dinâmica de entrega das medicações.

Uma situação interessante e até pode-se dizer diferencial que observo, é a diversidade de medicações disponibilizadas (muitas vezes são custeadas pelo próprio município) pela farmácia da unidade, com muitas drogas de primeira linha, ao contrário dos materiais e fármacos para curativos e pequenos procedimentos, que são escassos e antigos. Também há falta de computadores, impressoras e materiais para consultório.

Quanto ao processo de trabalho, ainda não tenho muito conhecimento, mas julgo ser bom e de certo modo eficiente, principalmente por parte da equipe de enfermagem, observo grande proximidade das técnicas e enfermeiras com os pacientes, sendo um trabalho bastante humano, cuidadoso e respeitoso. As mesmas (são somente mulheres!) são bastante solícitas e dispostas, realizando diversas funções e tendo boa relação entre colegas, mantendo um ambiente agradável para o trabalho. Como resposta, é evidente a satisfação e respeito que a maioria dos

pacientes demonstra pela equipe. Já, quanto à parte de agendamentos e de administração há falta de funcionários, pois a demanda de serviço está cada dia maior, evidenciando filas de espera e algumas vezes certa insatisfação por parte dos usuários. Ainda, mostra-se um sistema bastante demorado e burocrático, em função do agendamento ser manual e os prontuários escritos... etc.

Sei da existência de vários grupos desenvolvidos pela UBS: contra tabagismo, diabéticos, hipertensos, gestantes, puericultura, saúde mental, dentre outros, mas ainda não tive oportunidade de participar. Acredito que isso estabeleça um vínculo de educação e proximidade muito importante com a comunidade, aumentando o acesso à informação e prevenção, bem como estando mais próximo dos usuários para saber suas dificuldades e descontentamentos, funcionando também como um meio de trazer os anseios da população até a equipe e gestores, para então podermos fazer as mudanças e ações necessárias.

Acredito que com a implantação da ESF começarão as visitas domiciliares e ações de cunho mais educacional e também preventivo, ajudando na obtenção de informações sobre quais as pessoas mais necessitadas, quais as reais condições da população carentes e por onde, então começar a estratégia de prevenção e ensino, em relação aos vários grupos sociais e etários.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Trabalho na cidade de Selbach (pequena cidade do norte gaúcho, com população em torno de 5mil habitantes), na UBS Dr.Gilberto Wiesel, integrante da rede SUS, na qual se iniciou a implantação da primeira equipe de ESF em março/2014, estando em pleno cadastramento e identificação da população adstrita e transição de uma unidade tradicional para o modelo de ESF. Existem outras duas UBS funcionando no interior da cidade, ambas no modelo tradicional. Atualmente ainda é realizado atendimento somente da demanda espontânea, mas acredito que com a implantação da ESF isso mude. Nossa equipe de ESF conta um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitárias, mas trabalham como funcionários na unidade: fisioterapeuta, nutricionista, fonoaudióloga, psicóloga e odontólogo. Somos responsáveis por quatro microáreas urbanas (não abrangendo as rurais) e não possuímos disponibilidade de Núcleos de Apoio à Saúde da família (NASF), Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), bem

como ligação com alguma atividade de ensino acadêmico ou materiais didáticos que ajudem nas dúvidas diárias. Da mesma forma, há deficiência de equipamentos como: impressoras, computadores e balcões, além de ações de cunho informativo para a comunidade em geral.

Ao contrário, há boa diversidade e quantidade de vacinas e medicamentos disponíveis, sendo poucos tipos que a UBS não disponibiliza para os usuários, fazendo com que dificilmente estes tenham que desembolsar dinheiro próprio para custear o tratamento. Dessa maneira, mostra-se mais provável a adesão e completude do tratamento conforme orientado, principalmente para a aqueles com menores condições financeiras.

Existe a possibilidade de encaminhar pacientes (que necessitem) para o hospital local (São Jacob), o qual é particular e presta serviços à secretaria municipal de saúde; já os casos mais graves são encaminhados aos hospitais referência que ficam à uma distância de 80km, na cidade de Cruz Alta-RS. O encaminhamento ao serviço especializado é demorado e às vezes necessita do desembolso de parte do valor pelo usuário; ocorre através de protocolos de contra referência, mas não há o retorno à unidade de informações sobre os cuidados prestados, o quais seriam de grande valia para o paciente e para equipe acompanhar e dar seguimento às ações.

Como praticamente toda a população da cidade procura atendimento nesta UBS, até mesmo os que possuem plano de saúde, acredito que atendemos pelo menos 4.500 habitantes, estando de acordo com o número preconizado para 01 equipe de ESF, conforme o Ministério da Saúde (MS). A estimativa populacional desta unidade, conforme o caderno de ações programáticas é 4.500 moradores, sendo 1.396 mulheres em idade fértil (10-49 anos); 1.239 mulheres entre 25 e 64 anos; 464 mulheres entre 50 e 69 anos; 67,5 Gestantes na área; 54 menores de um ano; 108 menores de cinco anos; 668 pessoas de 5 a 14 anos; 2948 pessoas de 15 a 59 anos; 614 pessoas com 60 anos ou mais; 2579 pessoas entre 20 e 59 anos; 3193 pessoas com 20 anos ou mais; 1006 pessoas com 20 anos ou mais com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS); 287pessoas com 20 anos ou mais com Diabetes Mellitus (DM).

Em relação à participação da equipe no processo de mapeamento e territorialização, no momento apenas as agentes comunitárias de saúde participam

dessa atividade, sendo coordenadas pela enfermeira da ESF, e ainda não tendo finalizado o processo, assim não temos dados sobre a população adstrita.

Na própria UBS há um pequeno laboratório de análises químicas, sendo disponibilizados diversos exames, como: hemograma completo, colesterol total e frações, triglicerídeos, ácido úrico, teste rápido para HIV, hepatite B, sífilis e gravidez, culturais, dentre vários outros.

Quanto à estrutura física da UBS, esta compreende a parte antiga (anteriormente era uma casa): com 03 consultórios médicos (um deles tem mesa ginecológica e banheiro), 01 consultório odontológico, 01 consultório para fonoaudióloga e psicóloga, 01 consultório para nutricionista e outro para o fisioterapeuta, 01 sala de curativos, 01 sala de verificação de sinais, laboratório, sala da administração; na outra parte (recém-construída) foram instalada a farmácia e depósito de medicamentos, melhorando bastante o acondicionamento dos remédios, os quais eram estocados em uma sala úmida e pouco ventilados. A meu ver, a estrutura não se encontra adequada para um ambiente de cuidados em saúde, pois há muitas barreiras que dificultam o acesso de pacientes idosos ou com alguma dificuldade de locomoção, faltam corrimões nos corredores e rampas, as calçadas são lisas e irregulares, os corredores estreitos... etc., não seguindo as normas estabelecidas no Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde, assim prejudicando os usuários e contribuindo para gastos desnecessários.

Aos poucos com conversas e informação, vamos tentando mostrar aos gestores as mudanças que podem ser feitas, como colocar materiais anti-derrapante nas rampas e corredores, melhorar a disposição do mobiliário, facilitar a orientação dos usuários com cartazes sinalizadores, dentre muitas outras ações de baixo custo, mas que trarão muitos benefícios para todos.

O ambiente de trabalho é tranquilo e os funcionários possuem boa convivência, percebo proximidade dos funcionários com os usuários, sendo um trabalho humano, cuidadoso e respeitoso. As mesmas (são somente mulheres!) são bastante solícitas e dispostas, mantendo um ambiente agradável para as atividades. Como resposta, é evidente a satisfação e respeito que a maioria dos pacientes tem pela equipe. Em contrapartida, considero que algumas enfermeiras possuem pouca atitude e resolutividade, quase não realizam coleta de exame citopatológico, não solicitam mamografia e não ajudam a resolver as necessidades clínicas da demanda espontânea. De algum modo, isso acaba gerando sobrecarga de consultas para os

médicos, maior tempo de espera pelo usuário, desgaste na relação entre colegas de equipe, dentre outros inconvenientes. Também, não observo o acompanhamento contínuo do paciente, pelos médicos da UBS, durante a internação hospitalar, até porque isso é feito em um serviço privado. Acredito que tudo possa melhorar através de frequentes reuniões da equipe, gerando diálogos e transmissões de conhecimentos, discussões sobre as atribuições e dificuldades de cada um, bem como a efetividade das ações e também possíveis mudanças. Também através do fornecimento de material explicativo aos gestores, ajuda no maior entendimento da essência do ESF, não tendo importância atrelada apenas no repasse financeiro ao município.

Todas as notificações compulsórias para doenças e agravos são adequadamente realizadas pela enfermagem, bem como o gerenciamento de insumos para o funcionamento da UBS. Permanentemente ocorre participação da equipe nas capacitações oferecidas, como em tuberculose, vacinação... etc., promovendo a atualização do conhecimento e melhor atenção aos usuários.

De um modo geral, as consultas são todas de demanda espontânea, com o sistema “pegar ficha” e ainda não há acolhimento. O primeiro contato é feito por enfermeiras ou técnicas de enfermagem, configurado apenas na verificação dos sinais vitais e transferência para o atendimento médico, havendo pouco diálogo para tentar identificar a necessidade exata do paciente. É desenvolvido mensalmente o grupo de puericultura, coordenado pela pediatra e uma enfermeira, com participação aproximada de 30 crianças menores de 01 ano, obtendo 100% de cobertura desta ação programática. Porém, não há utilização de protocolos e arquivos específicos com os dados do pacientes, apesar disso com o auxílio da enfermeira responsável pude averiguar a maioria das informações.

Através de indicadores (número de consultas em dia adequado com o protocolo do MS, realização do teste do pezinho em 07 dias, realização do teste auditivo, monitoramento do crescimento e desenvolvimento na última consulta, vacinas em dia, orientação para aleitamento materno exclusivo e prevenção de acidentes) observo efetividade total na realização das atividades preconizadas. Já nos indicadores restantes (atraso da consulta agendada em mais de 07 dias, primeira consulta de puericultura nos primeiros 07 dias de vida e avaliação da saúde bucal), não consegui obter informações que permitissem análise. Essa situação tem que ser melhorada, principalmente a forma de registro das informações, para assim

termos condições de realizar uma avaliação mais qualificada e efetiva do programa, bem como dos pontos a serem modificados, também seria importante a participação constante de outros profissionais, como: nutricionista, psicóloga, fonoaudióloga etc.

No que diz respeito ao atendimento das consultas de pré-natal, estas são realizadas todos os dias, no turno da manhã, pelo obstetra, com consultas programadas, sendo feito pelas enfermeiras o cadastro no SISPRENATAL. Caso seja necessário, é possível o encaminhamento para serviços de pronto atendimento e internação hospitalar. Aliado a isso, é desenvolvido mensalmente o grupo de gestantes, com participação de enfermeira e eventualmente, do médico obstetra, os quais são responsáveis pelo planejamento, gestão e coordenação do Programa. Novamente não há registros específicos, mas com ajuda da enfermeira responsável, da revisão dos prontuários e das carteiras das gestantes pude obter a maior parte das informações necessárias. Mas não consegui obter qualquer tipo de informação em relação à avaliação da saúde bucal das gestantes, durante suas consultas de pré-natal.

A cobertura do pré-natal mostra-se muito inferior ao preconizado, sendo de apenas 37%. Isso demonstra que muitas gestantes podem não estar recebendo atenção e cuidados necessários para um bom desenvolvimento gestacional, fetal e puerpério, podendo dessa maneira, predispor a intercorrências no parto e outros problemas agudos futuramente. Ao contrário, observa-se que a maioria das gestantes (80%) tem seu acompanhamento pré-natal iniciado no 1°trimestre e a mesma porcentagem mantêm as consultas em dia de acordo com o calendário do MS, também 88% das participantes têm: a solicitação dos exames laboratoriais preconizados na primeira consulta a prescrição correta de suplementação de sulfato ferroso e recebimento de orientações para aleitamento exclusivo. Apenas 52% das gestantes possui vacinação (antitetânica e contra hepatite B conforme protocolo estabelecido pelo MS e também a minoria (12%) realiza exame ginecológico trimestral.

Já no que se refere ao acompanhamento puerperal, tive mais dificuldades, pois nem mesmo nos prontuários consegui coletar informações claras sobre as ações desenvolvidas. Dessa maneira, não há como inferir o número de mulheres que: receberam orientações sobre planejamento familiar, tiveram as mamas e o abdome examinados, realizaram exame ginecológico ou tiveram seu estado psíquico avaliado. Diferentemente do encontrado na cobertura pré-natal observo, que a

cobertura das consultas de puerpério atinge a maior parte (69%) das mulheres puérperas, sendo realizado o acompanhamento em consulta agendada entre 30-40 dias pós-parto, mas apenas 49% tiveram a sua consulta puerperal registrada, receberam orientações sobre os cuidados básicos do recém-nascido e aleitamento materno exclusivo ou foram avaliadas quanto à intercorrências.

Acredito que usando o protocolo de atendimento pré-natal e planejamento do MS como apoio, poderíamos desenvolver um padrão de atividades a serem executadas nas consultas e no grupo de gestantes, orientando o trabalho da equipe e assim atingindo todos os pontos necessários para melhor qualificar o programa. Também, creio que o foco deva ser a prevenção, realizando ações como a avaliação da saúde bucal exame seriado das mamas e avaliação da saúde mental, mesmo que a gestante não tenha uma queixa aguda. Do mesmo modo, sinto a necessidade de criação/preenchimento de um formulário sistemático e específico com as informações do programa de pré-natal e puerpério, para facilitar a avaliação da efetividade das ações, completude de registros e medidas necessárias como: contatar gestantes faltosas, identificar aquelas em data provável de parto ou com indicativos de pré-natal de alto risco.

A coleta do exame Citopatológico (CP) é realizada duas manhãs por semana, apenas pelo ginecologista, sendo mais ou menos 06 coletas/manhã; através da análise de um livro registro onde constam os exames (data da coleta, nome da paciente, idade, resultado) realizados desde 05/07/2012 até o momento, pude inferir que nos últimos doze meses 326 mulheres entre 25 e 64 anos realizaram a coleta do CP, alcançando apenas 26% da meta pactuada. Acredito que isso também seja em função de restrição na quantidade de exames citopatológicos que podem ser feitos pela UBS, sendo no máximo 36 CP/mês. Tanto mulheres da zona urbana quanto da zona rural fazem a coleta do preventivo nessa unidade.

De todos os exames realizados, não houve resultados descrevendo lesão intraepitelial de baixo grau, lesão intraepitelial de alto grau, lesão intraepitelial de alto grau não podendo excluir microinvasão ou carcinoma epidermóide invasor e adenocarcinoma in situ e invasor.

Inicialmente é necessário a formulação de um sistema de registro de dados, que seja mais específico e detalhado, tendo uma equipe responsável pela sua revisão semanal, assim podendo-se quantificar o número mensal exato de mulheres

que fazem a coleta, quais estão em atraso, quais precisam mais cuidados, quais são de maior risco...etc.

Também precisa melhorar o sistema de prevenção, educando a população sobre fatores de risco e para realização periódica do exame preventivo do câncer do colo uterino, isso pode ser feito através de encontros com palestras e entrega de panfletos explicativos. As enfermeiras (após capacitação) podem realizar a coleta, deixando somente os casos mais complicados para o ginecologista, diminuindo consultas desnecessárias ao ginecologista e também aumentando a cobertura. Além disso, é necessária a utilização de um protocolo atualizado e sistemático para avaliação do risco de cada mulher, bem como o que fazer com determinados resultados. Como destacado acima, um sistema de registro melhor organizado, com nome, endereço, telefone e agendamento das próximas consultas facilitaria muito o controle destas pacientes.

Através do número de mamografias realizadas nos últimos 12 meses pelas pacientes da UBS (dentro da faixa etária preconizada), puderam chegar ao número de 169 mulheres “acompanhadas”, não conseguindo distinguir quais são de fora da área de abrangência. Apesar do número não ser fidedigno, a cobertura foi de apenas 36%, evidenciando a ineficiência da equipe nessa área. Conforme relato da enfermeira, a maior parte das pacientes que consultam com o ginecologista para realizar o CP, tem suas mamas avaliadas, mas não há qualquer registro desta atividade.

Também não consegui achar registros que pudessem me ajudar na avaliação dos indicadores, mostrando que a equipe está totalmente deficiente em relação aos cuidados para prevenção do Câncer (CA) de mama. Igualmente à prevenção do CA de colo, não há tentativas de educar a população quanto aos fatores de risco, transparecendo apenas o enfoque curativo ao invés do preventivo, sendo o grande ponto a ser revisto e modificado. Do mesmo modo, as enfermeiras deveriam também solicitar as mamografias, pois isso diminuiria o fluxo nos consultórios médicos, bem como alcançaria maior número de mulheres.

O rastreio de CA de mama acontece apenas dois turnos por semana, mas no meu ver não deve haver dia específico para esta atividade, podendo ser realizada por todos os profissionais toda vez que a paciente procurar a UBS. Além disso, a utilização de protocolos facilitaria bastante a organização e tomada de decisões frente a alguns casos, melhorando o atendimento e seguimento da paciente. Ainda,

é preciso que a equipe se reúna e inicie/crie formas de contatar as mulheres com mamografias atrasadas ou com perda do seguimento clínico, sendo crucial um banco de dados.

Por meio do relatório anual feito pelas coordenadoras (já existentes) dos grupos de hipertensão arterial sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM), são 956 participantes dos grupos, destes 623 (65,1%) são portadores de HAS e 138 (14%) são portadores de DM. Entretanto, esse número não é totalmente fidedigno, pois esse valor engloba também os usuários de fora da área de abrangência (microáreas rurais), não tendo como estimar este percentual. Além disso, também há uma pequena porcentagem de hipertensos ou diabéticos que não frequentam os grupos.

O programa HiperDia (sistema de cadastramento e acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos) não é efetuado há mais de um ano. São realizados 28 grupos por ano pelas coordenadoras, com reuniões a cada 02 meses em sala específica da secretaria municipal de saúde e tendo a participação de hipertensos, diabéticos, seus acompanhantes e também usuários com outras comorbidades associadas. Não consegui dados que pudessem me ajudar a preencher os indicadores: realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, orientação para prática de atividade física regular e nutricional para alimentação saudável, avaliação de saúde bucal em dia, com realização de estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, com exame físico dos pés nos últimos 03 meses, com palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso nos últimos 03 meses, com medida da sensibilidade dos pés nos últimos 03 meses, até por que esse tipo de atividade não é realizada nos grupos ou pela equipe de enfermagem, sendo desenvolvidas apenas pelos médicos. Da mesma maneira, não foi possível realizar a avaliação do número de orientados quanto à prática de atividade física regular, alimentação saudável e com avaliação de saúde bucal em dia.

A cobertura dessas ações é considerada boa em relação aos hipertensos, (estando acima de 70%) quando avaliado somente o valor e não todo seu embasamento; ao contrário nos diabéticos (40%), sendo um fator determinante para a participação o fato de, nas reuniões serem feitas aferições de pressão arterial e do peso corporal, entrega das medicações, algumas palestras e solicitação anual de exames complementares. Os pacientes que participam dos grupos recebem as medicações da farmácia básica (FB) mensalmente e as medicações que não constam na lista da farmácia básica (fornecidas pelo município) são fornecidas mês

sim e mês não. Já para não participantes, somente ocorre o fornecimento das medicações da FB, apenas 12% não atrasaram em mais de 07 dias a consulta agendada.

Como já comentado em todos os outros temas, precisamos de uma forma de registro mais especificada, separando quais grupos fazem parte da área de abrangência, quais os pacientes faltosos, quais os que precisam maior atenção...etc Também considero muito importante a confecção de um “check list” das atividades que devem ser realizadas, reuniões no mínimo mensais (no momento são a cada 02 meses) e enfoque maior nas atividades educativo-preventivas e de adesão.

Quanto à atenção aos idosos, não há qualquer forma de registro que pudesse me orientar quanto ao número de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS, desse modo o número obtido foi através do censo 2010, já que praticamente todos possuem acesso à UBS, sendo total de 815, demonstrando que a população idosa da cidade de Selbach está além da média estimada, evidenciando um processo de envelhecimento mais pronunciado, principalmente pelo melhor nível socioeconômico.

1.3. Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional

Após várias semanas de observações e questionamentos, já conheço muito melhor o funcionamento da UBS e tenho mais contato e proximidade com os gestores e colegas. Observo grandes melhorias, muitas ocorreram após conversas e entrega de materiais aos gestores. Como exemplo, foram comprados os materiais e medicações que faltavam para a realização de pequenos procedimentos, a farmácia foi mudada de local, estando numa sala maior e mais ventilada, serão realizadas reuniões mensais com toda equipe, para conversarmos sobre dúvidas, dificuldades e atividades a serem desenvolvidas. Mas, ainda há deficiência de computadores e impressoras, porém os gestores estão tentando resolver esse problema. Precisamos melhorar a parte de armazenamento de dados das ações programáticas, tentar trabalhar com número de demanda agendada, atribuir maior resolutividade e autonomia às enfermeiras, desenvolver projetos com caráter preventivo, principalmente em relação aos programas desenvolvidos pela UBS, aumentar as visitas domiciliares e atuação nas escolas. Da mesma forma, há grande necessidade

de iniciar um sistema de registros, com maiores detalhes sobre a população idosa, afinal de contas ela está se tornando maioria. Mostra-se extremamente importante que toda a equipe esteja capacitada a prestar atendimento a este grupo etário, reconhecendo suas limitações e diferenças. Também, seria muito significativo o uso de protocolos, para sistematizar o atendimento e ajudar na dinamicidade das ações. Todos os idosos deveriam trazer a caderneta do idoso nas consultas, para facilitar o processo de conhecimento do idoso pela equipe de saúde. Outra ação fortemente necessária seria a criação de um grupo de saúde para idosos, com reuniões, pelo menos mensais, conciliando palestras educativas e avaliação das comorbidades e restrições.

Acredito que como já houve mudanças significativas nestas últimas semanas em outras situações, também essas outras necessidades possam ser atendidas.

Então, de um modo geral umas das maiores deficiências do serviço estão no não registro dos dados e atividades realizadas, além de não ter demanda agendada e enfoque preventivo.

2. Análise Estratégica- Projeto de Intervenção

2.1 Justificativa

Tanto o diabetes mellitus quanto a hipertensão arterial vêm aumentando sua importância em função da sua crescente prevalência e habitualmente estando associadas a outros agravos como à dislipidemia, ao aumento da mortalidade e ao alto risco de desenvolvimento de complicações micro e macrovasculares. Sendo assim, estima-se que 25% da população brasileira adulta seja hipertensa, chegando a mais de 50% após os 60 anos e já estando presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil. Em associação, no ano de 2006, 6.317.621 adultos referiram ter DM e 25.690.145 HAS; o percentual de diabéticos no Brasil, entre 2006 e 2010, aumentou de 5,3% para 6,3%. Ambas as doenças são responsáveis por gastos expressivos em saúde, além de substancial redução da capacidade de trabalho e expectativa de vida (SCHMIDT et al, 2010). Evidências demonstram que o bom manejo na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares.

As ações serão desenvolvidas na UBS Dr. Gilberto Wiesel, no município de Selbach – RS, esse projeto fez parte de um mais amplo “Qualificação das ações programáticas na Atenção Básica à Saúde”, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFPeL, em março/2012. Possuímos uma equipe de ESF (um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e seis agentes comunitárias) há poucos meses, ainda não há cadastro finalizado da população pertencente às 04 microáreas urbanas, mas estima-se que sejam 4500 usuários, destes (conforme estimativa feita pelos poucos dados fornecidos pela coordenadora dos grupos), 623 são portadores de HAS, 15 de DM e 123 pacientes são portadores de DM e HAS, concomitantemente.

O programa HIPERDIA do Ministério da Saúde não é desenvolvido há mais de um ano. Através da UBS são realizados 28 grupos, com reuniões a cada dois meses, tendo a participação de pacientes hipertensos, diabéticos e com outras comorbidades, simultaneamente, totalizando aproximadamente 956 pessoas. Nestas reuniões, são realizadas aferições de pressão arterial e do peso corporal, entrega de medicações e eventualmente alguma palestra. Os pacientes que participam dos grupos recebem as medicações da farmácia básica mensalmente e as medicações

que não constam na lista da farmácia básica (fornecidas pelo município) são fornecidas mês sim e mês não. No final de 2013, teoricamente, a cobertura das atividades atingia 76% em relação aos hipertensos e apenas 40% em relação aos diabéticos.

Nesse contexto, entende-se que nos serviços de atenção básica são dois dos problemas de saúde mais comuns, existindo dificuldades em realizar o diagnóstico precoce, o tratamento, adesão e o controle dos níveis pressóricos dos usuários. Assim, medidas educacionais precisam ser instituídas periodicamente, como: a alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal e ao controle do peso, a prática de atividade física, o abandono do tabagismo e a redução do uso excessivo de álcool, controle das complicações, enfim são fatores que precisam ser adequadamente abordados e controlados, sem os quais os objetivos poderão não ser atingidos, mesmo com doses progressivas de medicamentos.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 – Objetivo geral

Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos da ESF Dr. Gilberto Wiesel, Selbach/RS.

2.2.2 – Objetivos específicos

1. Ampliar a cobertura da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
2. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
3. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.
4. Melhorar o registro das informações.
5. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.
6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

2.2.3 - Metas

Referente ao objetivo 01: Ampliar a cobertura da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

1. Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

2. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Referente ao objetivo 02: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

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

7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Referente ao objetivo 03: Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

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

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

Referente ao objetivo 04: Melhorar o registro das informações.

1. Manter preenchimento adequado na ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2. Manter preenchimento adequado na ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Referente ao objetivo 05: Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

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

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

Referente ao objetivo 06: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3 - Metodologia

2.3.1 – Detalhamento de ações

Objetivo 01. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 01. Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

• Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, através do acompanhamento e revisão semanal das fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

• Garantir o registro adequado dos hipertensos cadastrados no Programa.

• Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de HAS que procurem ou não nossos cuidados; sensibilizar toda a equipe para a realização do acolhimento a esses usuários na unidade; contar com a colaboração de toda equipe para o cadastramento dos hipertensos pertencentes à área de cobertura; dispor de espaço na agenda para o atendimento prioritário dos hipertensos, garantindo a realização das consultas médicas conforme o protocolo adotado.

• Garantir material adequado e revisado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e peso corporal na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

• Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, através de panfletos, informativos no rádio e através dos próprios membros da equipe.

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

• Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes, através das matérias publicadas nos jornais locais, palestras educativas oferecidas nos grupos e para a comunidade em geral.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

• Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, estetoscópio e fita métrica.

• Capacitar a equipe da unidade de saúde para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento dos hipertensos para o programa.

• Capacitar os ACS para captação de hipertensos.

Meta 02. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

• Monitorar o número de diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, através do acompanhamento e revisão semanal das fichas espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

• Garantir o registro adequado dos diabéticos cadastrados no Programa.

• Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de DM que procurem ou não nossos cuidados; sensibilizar toda a equipe para a realização do acolhimento a esses usuários na unidade; contar com a colaboração de toda equipe para o cadastramento dos diabéticos pertencentes à área de cobertura; dispor de espaço na agenda para o atendimento prioritário dos mesmos, garantindo a realização das consultas médicas conforme o protocolo adotado.

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

ENGAJAMENTO PÚBLICO

• 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, através da utilização de panfletos, informativos no rádio e através dos próprios membros da equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

• Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, ou nos que necessitarem.

• Capacitar a equipe da unidade de saúde para realizar cadastramento, identificação e encaminhamento dos diabéticos para o programa.

• Capacitar os ACS para captação de diabéticos.

Objetivo 02. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 01. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

• Monitorar a realização de exame clínico apropriado a todos os pacientes hipertensos pertencentes à área de abrangência; o exame clínico será realizado por

profissional médico ou enfermeiro, sendo registrado e revisado na ficha espelho por todos os membros da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

• Definir durante a capacitação as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos.

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

• Dispor de versão impressa e atualizada do protocolo na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

• Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Essas orientações serão passadas tanto nas consultas clínicas, quanto nos grupos, matérias publicadas em jornal local e rádio.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Meta 02. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

• Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes diabéticos pertencentes à área de abrangência; o exame clínico será realizado por profissional médico ou enfermeiro, sendo registrado e revisado na ficha espelho por todos os membros da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

• Definir durante a capacitação as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes diabéticos.

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

• Dispor de versão impressa e atualizada do protocolo na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

periodicamente. Essas orientações serão passadas tanto nas consultas clínicas, quanto nos grupos, matérias publicadas em jornal local e rádio.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

Meta 03. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

• Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, através de dados preenchidos nas fichas espelho e prontuários.

• Monitorar o número de hipertensos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada pelo Ministério da Saúde.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

• Garantir a solicitação dos exames complementares (com criação de uma rotina), os quais serão solicitados por médicos e enfermeiras e realizados no próprio laboratório da unidade.

• Garantir, através de conversas e informações, com o gestor municipal agilidade e periodicidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

• Identificar problemas no agendamento, realização e devolução do resultado do exame.

• Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

• Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares, tanto nas consultas quanto nos grupos e palestras.

• Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, tanto nas consultas quanto nos grupos e palestras.

• Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais agilidade para a realização de exames laboratoriais vinculados a ações programáticas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

• Capacitar a equipe para a revisão periódica (semanal) do arquivo específico destinado às fichas espelho criadas.

Meta 04. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

• Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde, através de dados preenchidos nas fichas espelho e prontuários.

• Monitorar o número de diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada, através de dados preenchidos nas fichas espelho e prontuários.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

• Garantir a solicitação dos exames complementares (com criação de uma rotina), os quais serão solicitados por médicos e enfermeiras, sendo realizados no próprio laboratório da unidade.

• Garantir, através de conversas e informações, com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

• Identificar problemas no agendamento, realização e devolução do resultado do exame.

• Estabelecer sistemas de alerta para os exames complementares preconizados.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

• Orientar os pacientes e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares, tanto nas consultas quanto nos grupos e palestras.

• Orientar os pacientes e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares, tanto nas consultas quanto nos grupos e palestras.

• Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais agilidade para a realização de exames laboratoriais vinculados a ações programáticas.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

• Capacitar a equipe para seguir o protocolo e rotina adotados na unidade de saúde para solicitação de exames complementares.

• Capacitar a equipe para a revisão periódica (semanal) do arquivo específico destinado às fichas espelho criadas.

Meta 05. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

• Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, através dos medicamentos usados que são anotados na ficha espelho e cadastro da farmácia.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

• Manter um registro atualizado das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

• Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso, tanto nas consultas médicas quanto nos grupos de saúde, panfletos e palestras.

• Capacitar as ACS para que levem estas informações para as casas visitadas por elas.

• As reuniões realizadas com a comunidade também podem servir de meio para o esclarecimento destas informações, bem como os encontros em “sala de espera” com os hipertensos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

• Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular, sua eficácia e relação custo-benefício.

Meta 06. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

• Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular, através dos medicamentos anotados na ficha espelho e cadastro da farmácia.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

• Manter um registro atualizado das necessidades de medicamentos dos hipertensos e/ou diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

• Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso, tanto nas consultas médicas quanto nos grupos de saúde, panfletos e palestras.

• Capacitar as ACS para que levem estas informações para as casas visitadas por elas.

• As reuniões realizadas com a comunidade também podem servir de meio para o esclarecimento destas informações, bem como os encontros em “sala de espera” com os diabéticos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

• Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular, sua eficácia e relação custo-benefício.

Objetivo 03. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Meta 01. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

• Monitorar, através da revisão semanal das fichas espelho, o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

• A partir do preenchimento da ficha específica dos hipertensos, monitorar os pacientes de alto risco ao desenvolvimento de complicações e faltosos às

consultas médicas, e assim, solicitar a toda equipe a busca ativa dos mesmos, monitorando estas buscas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

• Organizar a agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas por telefone, reservando uma consulta por turno para esse grupo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

• Esclarecer aos portadores de hipertensão e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, tanto nas consultas médicas quanto nos grupos de saúde, panfletos e palestras.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

• Treinar as técnicas de enfermagem e coordenadores dos grupos para a orientação de hipertensos quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

Meta 02. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

• Monitorar, através da revisão semanal das fichas espelho, o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

• A partir do preenchimento da ficha específica dos diabéticos, monitorar os pacientes de alto risco ao desenvolvimento de complicações e faltosos às consultas médicas, e assim, solicitar a toda equipe a busca ativa dos mesmos, monitorando estas buscas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

• Organizar a agenda para acolher os diabéticos provenientes das buscas por telefone, reservando uma consulta por turno para esse grupo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

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

• Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, tanto nas consultas médicas quanto nos grupos de saúde, panfletos e palestras.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

• Treinar as técnicas de enfermagem e coordenadores dos grupos para a orientação de diabéticos quanto à realização das consultas e sua periodicidade.

Objetivo 04. Melhorar o registro das informações.

Meta 01. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

• Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos acompanhados na unidade de saúde, averiguando os dados faltantes através das revisões semanais e buscando a completude.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

• Implantar planilha/registro específico de acompanhamento para estes usuários.

• Pactuar com a equipe o registro das informações.

• Definir, durante a capacitação, responsável pelo monitoramento registros.

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, durante a capacitação, 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 02. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

• Monitorar a qualidade dos registros de diabéticos acompanhados na unidade de saúde, averiguando os dados faltantes através das revisões semanais e buscando a completude.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

• Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.

• Pactuar com a equipe o registro das informações.

• Definir, durante a capacitação, responsável pelo monitoramento registros.

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, durante a capacitação, 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 05. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Meta 01. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

• Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, anotado na ficha espelho; com revisão semanal dos arquivos específicos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

• Priorizar o atendimento e reserva de consultas para pacientes avaliados como de alto risco.

• Manter reserva de pelo menos uma consulta/turno para esse grupo de usuários.

• Garantir vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospital.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

• Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco (durante as consultas médicas e grupos de saúde) 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), tanto nas consultas médicas quanto nos grupos de saúde, panfletos e palestras.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

• Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis e manejo de intercorrências.

• Incentivar os profissionais a revisarem periodicamente os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, com intuito de estudarem e revisarem tais conteúdos.

Meta 02. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

• Monitorar o número de pacientes diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano, anotado na ficha espelho.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

• Priorizar o atendimento e reserva de consultas para pacientes avaliados como de alto risco.

• Manter reserva de pelo menos uma consulta/turno para esse grupo de usuários.

• Garantir vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospital.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

• Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco (durante as consultas médicas e grupos de saúde) 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), tanto nas consultas médicas quanto nos grupos de saúde, panfletos e palestras.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

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

• Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis e manejo das intercorrências.

• Incentivar os profissionais a revisarem periodicamente os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, com intuito de estudarem e revisarem tais conteúdos.

Objetivo 06. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Meta 01. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

• Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos; esta atividade deverá ser anotada na ficha espelho (quando for realizada).

• Através do preenchimento e monitoramento corretos das fichas espelho dos hipertensos, garantir que os profissionais envolvidos no atendimento se responsabilizem pelas devidas orientações alimentares aos mesmos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

• Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

• Sensibilizar toda a equipe, de forma que todos possam passar as orientações nutricionais corretas aos hipertensos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

• Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, passando essas informações nos grupos de saúde, consultas médicas, palestras e matérias no jornal local.

• Capacitar as ACS para que levem estas informações para as casas visitadas por elas.

• As reuniões realizadas com a comunidade também podem servir de meio para o esclarecimento destas informações, bem como os encontros em “sala de espera” com os hipertensos.

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.

• Incentivar os profissionais a revisarem periodicamente os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, com intuito de estudarem e revisarem tais conteúdos.

Meta 02. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

• Monitorar a realização de orientação nutricional aos diabéticos; esta atividade deverá ser anotada na ficha espelho, quando for realizada.

• Através do preenchimento e monitoramento corretos das fichas espelho dos diabéticos, garantir que os profissionais envolvidos no atendimento se responsabilizem pelas devidas orientações alimentares aos mesmos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

• Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável.

• Sensibilizar toda a equipe, de forma que todos possam passar as orientações nutricionais corretas aos diabéticos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

• Orientar diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, passando essas informações nos grupos de saúde, consultas médicas, palestras e matérias no jornal local.

• Capacitar as ACS para que levem estas informações para as casas visitadas por elas.

• As reuniões realizadas com a comunidade também podem servir de meio para o esclarecimento destas informações, bem como os encontros em “sala de espera” com os diabéticos.

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.

• Incentivar os profissionais a revisarem periodicamente os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, com intuito de estudarem e revisarem tais conteúdos.

Meta 03. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

• Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos; esta atividade deverá ser anotada na ficha espelho, quando for realizada.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

• Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

• Através do preenchimento e monitoramento corretos das fichas espelho dos hipertensos, garantir que os profissionais envolvidos no atendimento se responsabilizem pelas devidas orientações aos mesmos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

• Orientar hipertensos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, passando essas informações nos grupos de saúde, consultas médicas, palestras e matérias no jornal local.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

• Incentivar os profissionais a revisarem periodicamente os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, com intuito de estudarem e revisarem tais conteúdos.

Meta 04. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

• Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos diabéticos; esta atividade deverá ser anotada na ficha espelho, quando for realizada.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

• Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.

• Através do preenchimento e monitoramento corretos das fichas espelho dos diabéticos, garantir que os profissionais envolvidos no atendimento se responsabilizem pelas devidas orientações aos mesmos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

• Orientar diabéticos e a comunidade sobre a importância da prática de atividade física regular, passando essas informações nos grupos de saúde, consultas médicas, palestras e matérias no jornal local.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

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

• Incentivar os profissionais a revisarem periodicamente os Cadernos de Atenção Básica do Ministério da Saúde, com intuito de estudarem e revisarem tais conteúdos.

Meta 05. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

• Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos; através da revisão de arquivo específico (esta atividade deverá ser anotada na ficha espelho, quando for realizada).

• Através do preenchimento e monitoramento corretos das fichas espelho dos hipertensos, garantir que os profissionais envolvidos no atendimento se responsabilizem pelas devidas orientações aos mesmos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

• Solicitar ao gestor que informe através de reuniões, publicações em jornais e via ACS aos pacientes e equipe sobre a existência de medicações contra tabagismo; as mesmas já estão disponíveis na unidade.

• Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Dispor de espaço na agenda para que se consiga passar todas essas orientações.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

• Orientar os hipertensos tabagistas nas consultas e grupos sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, passando essas informações nos grupos de saúde, consultas médicas, palestras e matérias no jornal local.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

• Ajudar a enfermeira responsável e o colega médico nas orientações e ações no grupo anti-tabagismo.

Meta 06. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

• Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos diabéticos; através da revisão de arquivo específico (esta atividade deverá ser anotada na ficha espelho, quando for realizada).

• Através do preenchimento e monitoramento corretos das fichas espelho dos diabéticos, garantir que os profissionais envolvidos no atendimento se responsabilizem pelas devidas orientações aos mesmos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

• Solicitar ao gestor que informe através de reuniões, publicações em jornais e via ACS aos pacientes e equipe sobre a existência de medicações contra tabagismo; as mesmas já estão disponíveis na unidade.

• Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Dispor de espaço na agenda para que se consiga passar todas essas orientações.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

• Orientar os diabéticos tabagistas nas consultas e grupos sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo, passando essas informações nos grupos de saúde, consultas médicas, palestras e matérias no jornal local.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

• Ajudar a enfermeira responsável e o colega médico nas orientações e ações no grupo de anti-tabagismo.

Meta 07. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Ações

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

• Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos com o dentista, realizando aferição pressórica prévia.

• Monitorar através da revisão de arquivo específico (esta atividade deverá ser anotada na ficha espelho, quando for realizada).

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

• Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Dispor de espaço na agenda para que se consiga passar todas as orientações em relação à saúde bucal dos hipertensos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

• Buscar parcerias na comunidade, reforçando a interssetoralidade nas ações de promoção da saúde.

• Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

• Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e encaminhamento quando necessário.

• Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

Meta 08. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Ações:

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

• Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos diabéticos com o dentista, realizando aferição pressórica e hemoglicoteste previamente.

• Monitorar através da revisão de arquivo específico (esta atividade deverá ser anotada na ficha espelho, quando for realizada).

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO

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

• Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual. Dispor de espaço na agenda para que se consiga passar todas as orientações em relação à saúde bucal dos diabéticos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

• Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde.

• Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA

• Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente diabético e encaminhamento quando necessário.

• Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal.

2.3.2 – Indicadores

Objetivo 01. Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

Meta 01. Cadastrar 90% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 01. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

Meta 02. Cadastrar 60% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 02. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

- Numerador: número total de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

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

Objetivo 02. Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Meta 01. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 01. Proporção de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com protocolo.

- Numerador: número de hipertensos com exame clínico em dia de acordo com protocolo.
- Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 02. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 02. Proporção de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com protocolo.

- Numerador: número de diabéticos com exame clínico em dia de acordo com protocolo.
- Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS

Meta 03. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 03. Proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com protocolo.

- Numerador: número de hipertensos com exame complementares periódicos em dia.
- Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 04. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 04. Proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com protocolo.

- Numerador: número de diabéticos com exame complementares periódicos em dia.

- Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 05. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 05. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

- Numerador: número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Denominador: número de hipertensos com prescrição de medicamentos.

Meta 06. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 06. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

- Numerador: número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.
- Denominador: número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Meta 07. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos.

Indicador 07. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

- Numerador: número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.
- Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 08. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 08: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

- Numerador: número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

- Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 03. Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta 01. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 01. Proporção dos hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.

- Numerador: número de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.
- Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

Meta 02. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 02. Proporção dos diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.

- Numerador: número de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.
- Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na unidade de saúde que faltaram às consultas.

Objetivo 04. Melhorar o registro das informações

Meta 01. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 01. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

- Numerador: número de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
- Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 02. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 02. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

- Numerador: número de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.
- Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 05. Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta 01. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 01. Proporção de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

- Numerador: número de hipertensos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.
- Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 02. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 02. Proporção de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

- Numerador: número de diabéticos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.
- Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Objetivo 06. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Meta 01. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 01. Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

- Numerador: número de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

- Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 02. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 02. Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

- Numerador: número de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.
- Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 03. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 03. Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

- Numerador: número de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.
- Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 04. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 04. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.

- Numerador: número de diabéticos que receberam orientação sobre prática de atividade física regular.
- Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 05. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 05. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

- Numerador: número de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

- Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 06. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 06. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

- Numerador: número de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.
- Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 07. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 07. Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

- Numerador: número de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.
- Denominador: número de hipertensos residentes na área e acompanhados na UBS.

Meta 08. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 08. Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

- Numerador: número de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.
- Denominador: número de diabéticos residentes na área e acompanhados na UBS.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de diabéticos e hipertensos, será adotado o Caderno de Atenção Básica em Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus do MS, 2013.

No início da intervenção será realizada capacitação sobre esse material com as enfermeiras, técnicas de enfermagem e responsável pelos grupos, para que toda equipe amplie seu conhecimento sobre esse assunto e utilize esta referência como embasamento prático. Esta capacitação ocorrerá na própria UBS, para isto será reservada uma hora ao final do expediente durante as duas semanas iniciais da intervenção. Cada participante receberá previamente uma cópia deste manual para leitura prévia.

Para iniciar o registro específico do programa, solicitarei à responsável pelos grupos de hipertensos e diabéticos da unidade, o repasse do nome de todos os usuários diabéticos e hipertensos (da área de abrangência da unidade de saúde) participantes. Também, vou requerer junto à gestora que quando algum paciente hipertenso ou diabético procurar a unidade, que o seu atendimento clínico seja realizado por mim em todos os turnos, reservando o agendamento de pelo menos uma consulta por turno para essa população; caso o usuário prefira outro médico, as enfermeiras farão o preenchimento da ficha. Do mesmo modo, serão revisados os prontuários, transcrevendo informações destes para a ficha espelho, sendo realizado o primeiro monitoramento anexando anotações sobre consultas, exames clínicos e laboratoriais em atraso.

Para coletar todos os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção, será desenvolvida uma ficha espelho específica, ficando armazenada em arquivo específico ordenado por números, na sala da enfermagem. Nesta ficha serão registrados: nome, dados para contato, data de início do acompanhamento, todas as aferições de pressão arterial e hemoglicoteste, peso, IMC, avaliações das comorbidades e risco cardiovascular, periodicidade e exames complementares, consulta odontológica e medicamentos utilizados, etc. A ficha espelho também será entregue para o médico, juntamente com o prontuário, no momento da consulta.

Acredito que a maior parte dos registros será feita por mim, bem como a revisão semanal das mesmas, ficando o registro dos sinais vitais e a contatação telefônica dos faltosos para as enfermeiras e técnicas. As informações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física e riscos do tabagismo serão repassadas nas palestras feitas nos grupos e nas consultas médicas. Solicitarei à nutricionista, ao fisioterapeuta e ao dentista que palestrem também. Assim, sendo transmitida (de tal maneira) a importância desta ação para a comunidade.

2.3.4 Cronograma

	Semanas											
Atividades	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**
Capacitação de 1 hora/dia, sobre o protocolo utilizado e preenchimento da ficha espelho.												
Capacitação da equipe para a aferição adequada da pressão arterial e glicemia capilar.												
Revisão inicial dos registros para verificar quais são os pacientes que se enquadram na intervenção.												
Reserva de 01 consulta por turno para demanda agendada de pacientes hipertensos e diabéticos.												
Cadastramento de novos pacientes hipertensos e diabéticos.												
Revisão semanal das fichas espelhos com contatação por telefone dos faltosos.												
Revisão das receitas, priorizando medicações da farmácia básica.												
Participação ativa minha nos grupos de hipertensos e diabéticos.												

Reunião com palestra do odontólogo, fisioterapeuta enutricionista para todos os pacientes hipertensos-diabéticos e comunidade.												
Visitas domiciliares aos acamados.												
Visita aos Hipertensos e diabéticos que moram em instituição de longa permanência local.												
Publicação de matéria sobre Hipertensão e Diabetes no jornal local.												
Orientação sobre atividade física regular, alimentação saudável e riscos do tabagismo, tanto durante os grupos quanto nas consultas.												

3. Relatório da intervenção

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integral ou parcialmente.

Inicialmente, como não havia qualquer tipo de cadastro e distinção da população pertencente à área de abrangência da unidade, primeiramente iniciamos com a trabalhosa tarefa de identificar quais usuários fariam parte da intervenção, a ser desenvolvida por 12 semanas a contar da segunda semana do mês de Agosto/2014, para isso foi fundamental a ajuda das agentes comunitárias de saúde (ACS) e de todos os membros da equipe.

Foram realizadas duas semanas de capacitação sobre o tema HAS, DM e sobre o funcionamento do programa, além de realizada a impressão e disponibilização na unidade da literatura que serviu para embasamento; houve a participação de todas as ACS e funcionários da UBS, todos puderam tirar dúvidas e opinar para o melhor funcionamento do programa, tornando a atividade bastante proveitosa. Da mesma maneira, durante o decorrer da intervenção reuniões de equipe foram usadas para discutir e sistematizar as atividades que seriam veiculadas a esses usuários.

Através de um breve registro dos pacientes pertencentes aos grupos de HAS/DM da unidade pudemos iniciar nosso cadastramento, foram impressas as fichas espelho e organizado um arquivo específico. Este arquivo está disponível na sala da enfermagem, organizado por número do grupo. Todos os pacientes considerados participantes da intervenção e que foram atendidos clinicamente receberam adesivos indicativos nos seus prontuários (verdes com a sigla HAS e amarelos com a sigla DM), servindo para facilitar o trabalho das técnicas em enfermagem; estas fichas espelho são entregues ao médico conjuntamente com o prontuário, no momento da consulta. Somente foram adicionados à planilha de coleta de dados, os pacientes que tiveram atendimento clínico feito pelo médico. Assim, foram avaliados 289 pacientes nessas 12 semanas, desses 278 hipertensos

e 85 diabéticos, sendo atendidos em média 03 pacientes hipertensos e/ou diabéticos por turno (o que totaliza 30% das consultas/turno), apesar de ser um resultado positivo não conseguimos atingir a meta proposta inicialmente.

No decorrer da intervenção foram realizadas duas visitas à Casa Lar (instituição de longa permanência), realizando avaliação de aproximadamente 14 pacientes hipertensos e/ou diabéticos em nível domiciliar, todos estavam com exames complementares atrasados e vários com HAS descompensada. No fim da intervenção, todos estão com exames em dia, pressão arterial (PA) controlada, receitas atualizadas e a maioria usando medicações pertencentes à farmácia popular. Está acordado com a gestora da casa que todo mês os internos receberão a visita de profissionais da unidade para avaliação e, caso necessário, serão agendadas consultas médicas. Semelhantemente, foram realizadas aproximadamente 10 visitas domiciliares, seguindo o mesmo sistema. Mas como a demanda de atendimentos da unidade é grande e não há prioridade para esta atividade por parte dos gestores, acabou sendo inviável realizar mais visitas domiciliares, além de que o número de pacientes hipertensos e/ou diabéticos com dificuldade de acesso a UBS também ser expressivo.

Tive participação em 12 grupos de saúde desenvolvidos pela UBS, para pacientes (e seus acompanhantes) hipertensos e/ou diabéticos. No princípio o maior obstáculo encontrado foi a resistência da gestora em permitir que eu acompanhasse a atividade desde o começo, ela insistia que eu deveria atender pelo menos 05 pacientes (demanda espontânea) antes de me deslocar, mas muitas vezes eu atendia mais e acabava não conseguindo chegar a tempo de participar da reunião. Após inúmeras conversas com a gestora e com a equipe, consegui liberação para iniciar minhas atividades no grupo, e depois então, fazer o atendimento dos outros usuários na unidade. Assim, acredito que impulsionamos o aumento da cobertura e qualidade das ações realizadas. Durante as reuniões e consultas, foram realizadas conversas com os pacientes sobre hábitos de vida saudável e sobre a patologia em si, também houve o preenchimento das fichas espelho, aferição dos sinais vitais, solicitação de exames e readequação (com esclarecimento) das medicações. Em relação a isto, tive certa resistência por parte de alguns pacientes quanto à substituição das medicações, principalmente àquelas prescritas no sistema privado, sendo então acolhida a decisão do paciente. Os usuários que retiram as medicações na farmácia popular também são convidados a participar dos grupos. Em

associação, a questão da educação em saúde esteve e permanece sempre em foco, extinguindo a característica das consultas e dos grupos serem apenas um momento de entrega das medicações. Então, sigo acompanhando as reuniões mesmo após o fim da intervenção, tendo avaliado a maioria dos participantes.

Como atividade comunitária, na terceira semana foi realizada uma palestra coletiva (em horário alternativo) com o tema “HAS/DM: hábitos de vida saudável”, sendo abordado de diferentes formas pelo fisioterapeuta, odontólogo, nutricionista e eu. Tivemos a participação de aproximadamente 230 pessoas. Em adição, na 4° e 5° semanas publicamos no jornal local uma matéria sobre HAS e em seguida outra sobre DM, além de realizar uma entrevista informativa na rádio local sobre acidente vascular encefálico (no dia mundial do AVC) e também, confeccionamos panfletos explicativos para serem entregues na unidade e nos grupos até o fim do ano.

Uma ação muito importante, iniciada no primeiro mês da intervenção e que perdura, foi a reserva de uma consulta/turno para agendamentos/retornos. Esse agendamento pode ser solicitado por qualquer membro da equipe, quando seja necessária avaliação médica. Apesar de parecer pouco, foi um passo muito grande num sistema que só trabalhava com demanda espontânea até então. Além disso, realizo revisão semanal das fichas espelhos com contatação dos faltosos. A busca ativa é realizada pela recepcionista, coordenadora dos grupos e também por mim, através de contato telefônico. Foi uma experiência totalmente diferente, quando me identificava os pacientes tomavam um susto, pois nenhum médico tinha ligado antes; mas todos agradeceram muito a iniciativa e compareceram à consulta agendada.

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integral ou parcialmente.

Conforme relato acima, todas as ações previstas foram desempenhadas embora com algum nível de dificuldade. Como exemplo, as minhas participações nos grupos promoveram certo desentendimento inicialmente com a gestora, mas após várias conversas consegui seu engajamento e permissão. Também quanto à questão das visitas domiciliares encontrei os seguintes obstáculos: número expressivo de pacientes com HAS e/ou DM com impossibilidade de acesso à

unidade, grande demanda de atendimentos da unidade (ocupando quase todo o tempo) e falta de incentivo para esta atividade por parte dos gestores.

Associado, acredito que a falta de dados cadastrais da população adstrita somou negativamente para que a meta de cobertura do programa para hipertensos não fosse atingida.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

Encontrei dificuldade na coleta do indicador relativo aos exames complementares, pois muitos usuários faziam os exames, mas não apresentavam ao médico e outros mostravam apenas ao seu médico particular, ficando algumas vezes incompleto os dados relativos aos exames complementares, oque diretamente inviabilizava o cálculo do escore de risco cardiovascular.

Considerando o indicador de busca ativa aos faltosos, apenas 03 hipertensos e 01 diabético não foram contatados, em função do preenchimento inadequado dos dados na ficha espelho, impossibilitando o contato com o mesmo. Da mesma maneira, a grande demanda de atendimentos, o desfalque na equipe de enfermagem e o período férias dos colegas médicos diminuíram o tempo disponível para coleta, preenchimento e revisão das fichas espelhos.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

Na tentativa de avaliar como está a atuação da equipe em relação à intervenção, entreguei as fichas espelho (com as instruções) para a técnica em enfermagem e coordenadora dos grupos, para que elas atuassem no grupo: realizando o preenchimento das fichas, fornecendo orientações, encaminhando à UBS os pacientes com alguma descompensação, identificando os com exames em atraso ou com receitas desatualizadas, etc. Foi uma atividade muito válida, pois elas fizeram adequadamente o preenchimento e o desempenho das ações previstas.

Portanto, a intervenção certamente foi positiva, pois houve incorporação das ações às atividades rotineiras da unidade.

4. Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção teve como objetivo melhorar a adesão e qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, pertencentes à área de abrangência da equipe de ESF Dr. Gilberto Wiesel, Selbach-RS. Para isto, tratou de cadastrar 90% dos hipertensos e 60% dos diabéticos (com 20 anos ou mais) residentes na área de abrangência da unidade de saúde, no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus.

Pertencem à área adstrita, conforme estimativa, 746 hipertensos e 138 diabéticos nesta faixa etária, dentre estes foram atendidos e cadastrados no primeiro mês 58 hipertensos (cobertura de 7,8%) e 17 diabéticos (cobertura de 12,3%), no segundo mês foram 179 (24%) hipertensos e 38 (27,5%) diabéticos e ao final das 12 semanas foram 278 hipertensos (cobertura de 37,3%) e 85 diabéticos (cobertura de 61,6%); uma média de 05 hipertensos/dia e 02 diabéticos/dia, sempre com adesão ascendente ao longo do tempo. Apesar da meta de cobertura em relação aos hipertensos não ter sido alcançada, julgo como muito positiva a intervenção, pois não havia qualquer forma de cadastro prévio ou ações focadas para esse grupo sendo realizadas na unidade, e também, atribuo a dificuldade em atingir a meta ao pouco tempo (doze semanas) e muitos pacientes (quase 700 usuários), associado à manutenção do trabalho rotineiro e execução de outras atividades, não relacionadas à intervenção.

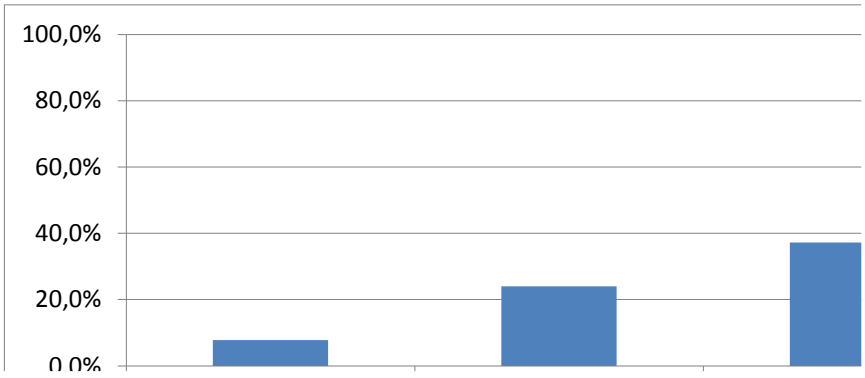


Figura 1 - Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel. Selbach, RS, 2014.

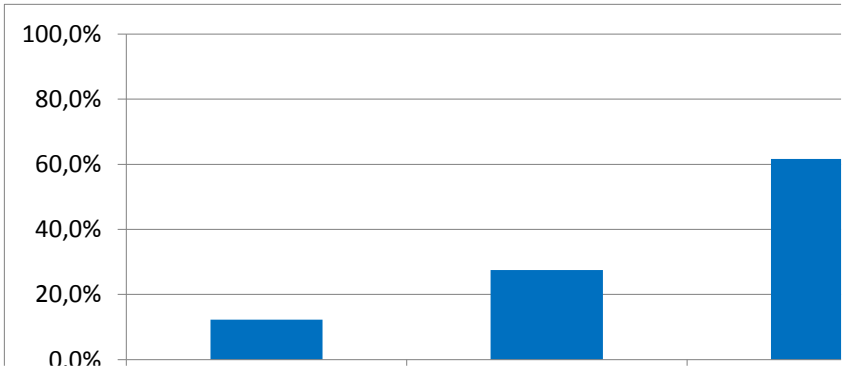


Figura 2 - Gráfico indicativo da cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

Foi possível realizar exame clínico adequado e conforme protocolo em 42 (72,4%) pacientes hipertensos cadastrados na intervenção no primeiro mês, 164 (91,6%) no segundo e 265 (95,3%) no terceiro. Em relação aos diabéticos foram, respectivamente, 15 (88,2%), 36 (94,7%) e 80 (94,2%). Não atingiu-se a totalidade, em função de 13 hipertensos e 05 diabéticos que foram avaliados somente pela equipe, como não tiveram atendimento médico não foram contabilizados.

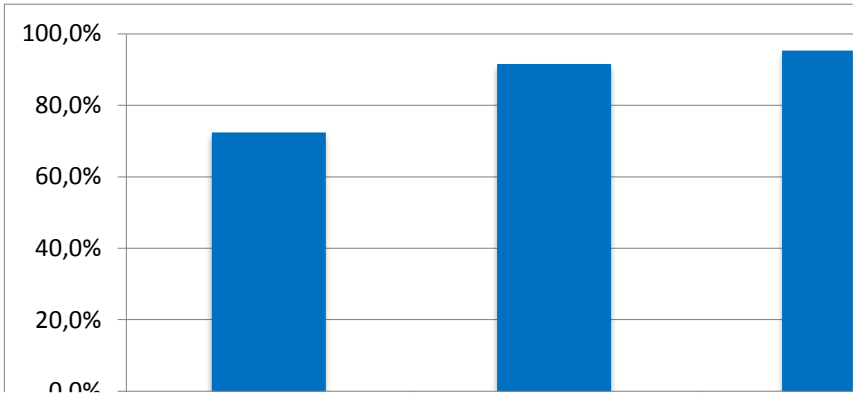


Figura 3 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

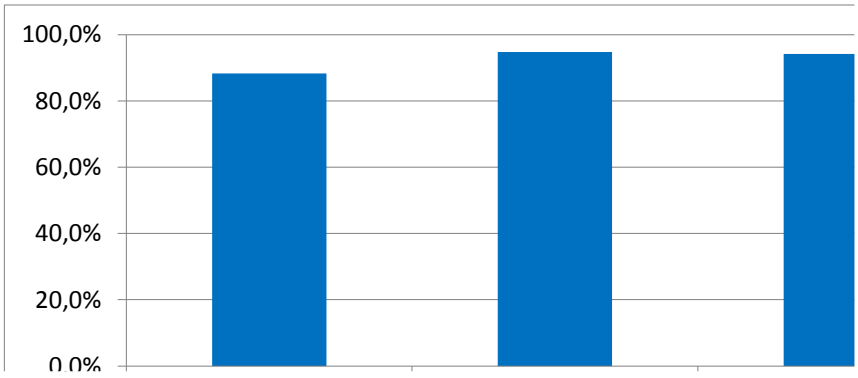


Figura 4 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

Foi garantida a mais da metade dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com protocolo, sendo 51,7% (30) no primeiro mês, 55,3% (99) no segundo e 70,1% (195) no terceiro mês. Em relação aos diabéticos, encontramos 76,5% (13) no primeiro mês, 73,7% (28) no segundo, finalizando com 74,1% (63) dos diabéticos cadastrados com realização de exames complementares em dia de acordo com protocolo. A extensa maioria destes estava com os exames atrasados ou nunca tinham feito. Como a maior parte dos exames são realizados no próprio laboratório da unidade, foi necessário criar uma agenda para não sobrecarregar o sistema, desse modo muitas solicitações estão ainda por serem atendidas, além de que muitos usuários recorrem à rede privada e acabam não trazendo os resultados para avaliação dos profissionais da unidade.

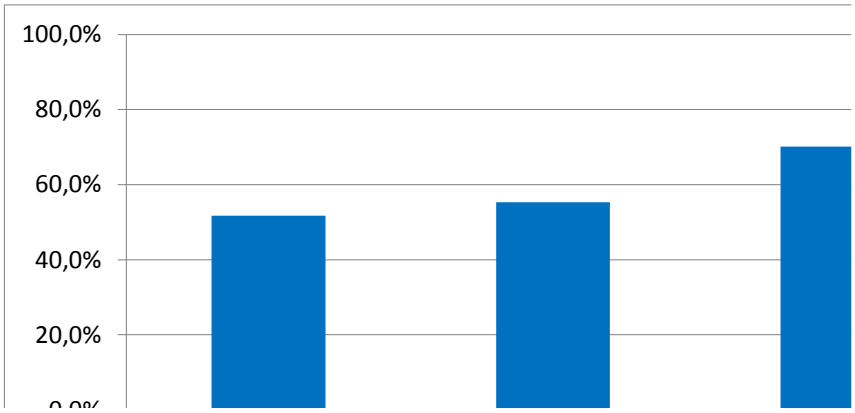


Figura 5 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com exames complementares em dia de acordo com protocolo, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

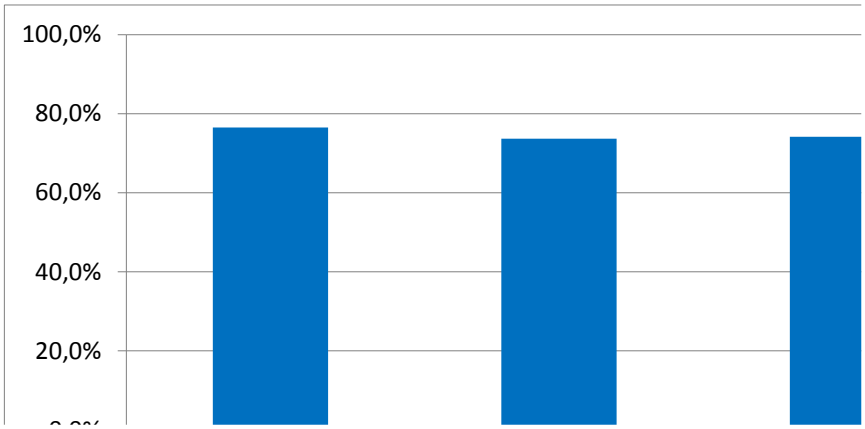


Figura 6 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com exames complementares em dia de acordo com protocolo, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

Foi priorizada a prescrição de medicamentos da farmácia popular para todos os avaliados, mas conseguimos a adesão de apenas 62,1% (36) dos hipertensos no

primeiro mês, 59,2% (106) no segundo e 58,3% (163) no terceiro. Dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde aderiram 75% (12) no primeiro mês, 73% (27) no segundo e 65,5% (55) no terceiro.

O maior entrave a esta questão foi o fato de que muitos usuários consultam na rede privada ou com os outros médicos da unidade (que são os mesmos da rede privada), sendo prescritas, quase sempre, medicações que não fazem parte da lista oferecida pela farmácia popular. Além de que, o prefeito prioriza o fornecimento de todo tipo de medicamento, até os mais caros, para toda população e os cidadãos reivindicam o direito de ganhar medicamento original, não aceitando os genéricos. Todas às vezes foram dadas as opções e informações adequadas aos pacientes, na tentativa de adequar a receita, mas muitos usuários não aceitaram, alegando que seu médico não permitia a troca. A decisão do paciente sempre foi acolhida.

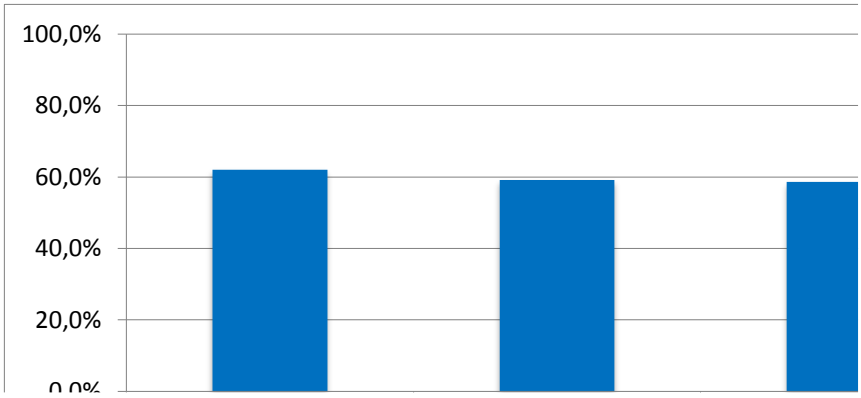


Figura 7 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia priorizada, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

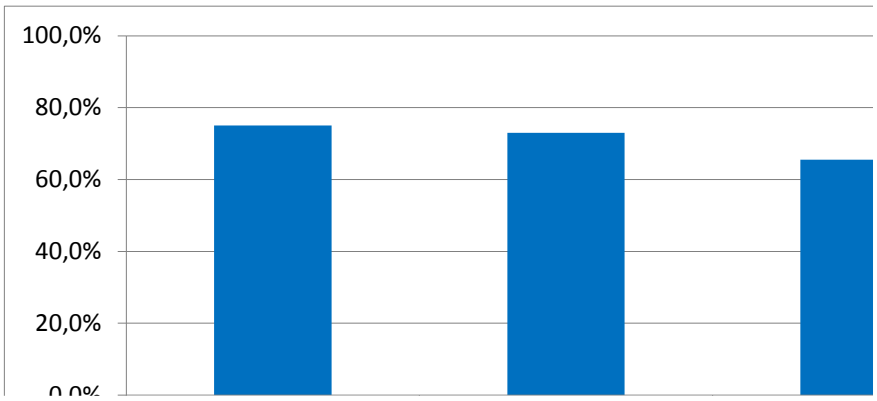


Figura 8 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/ Hiperdia priorizada, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

Foi realizada avaliação da necessidade de atendimento odontológico na maioria dos cadastrados, encontrando no primeiro mês o valor de 58,6% (34) nos hipertensos e 64,7% (11) nos diabéticos, 88,3% (158) e 84,2% (32) no segundo mês, finalizando a intervenção com 93,6% (265) e 94,1% (80), respectivamente. Muitos nunca haviam recebidos orientações sobre os cuidados necessários, mas ainda é preciso melhorar a efetividade das ações, pois alguns pacientes não foram avaliados, acredito que isso tenha ocorrido na semana inicial da intervenção, em função da adaptação da equipe.

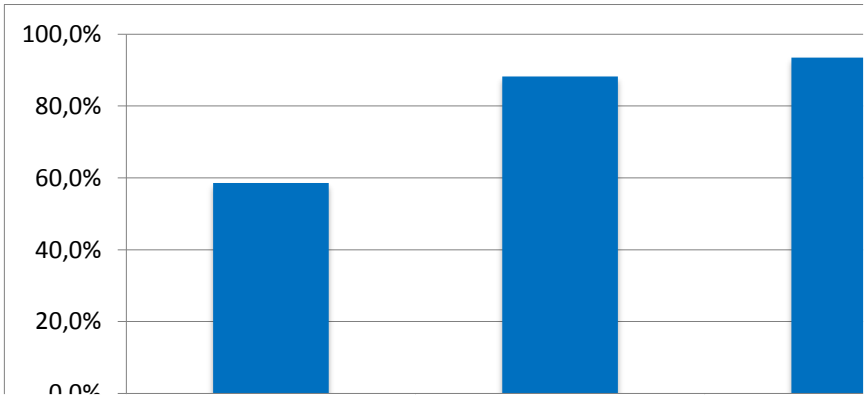


Figura 9 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

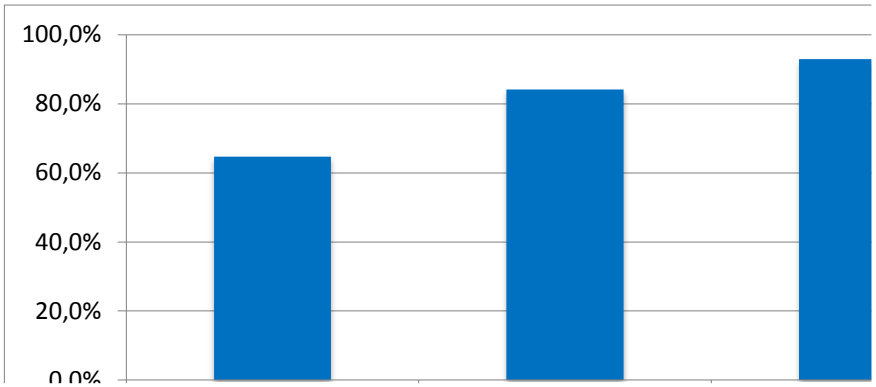


Figura 10 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

Foram contatados 93,8% (15) dos hipertensos e 100% (4) dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde no primeiro mês da intervenção (conforme a periodicidade recomendada), através de contato telefônico realizado por mim ou pela responsável dos grupos. No segundo mês foram 95,5% (21) dos hipertensos e 100% (5) dos diabéticos e no terceiro mês foram 92,3% (36) e 92,9%

(13), respectivamente. Considerando os faltosos, apenas 03 hipertensos e 01 diabético não tiveram busca ativa, em função do preenchimento inadequado dos dados na ficha espelho, impossibilitando o contato. Todos os pacientes contatados tiveram consulta médica agendada e todos compareceram a mesma.

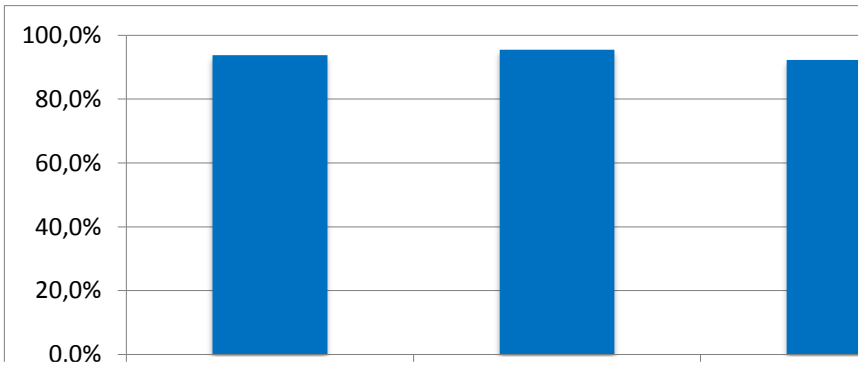


Figura 11 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

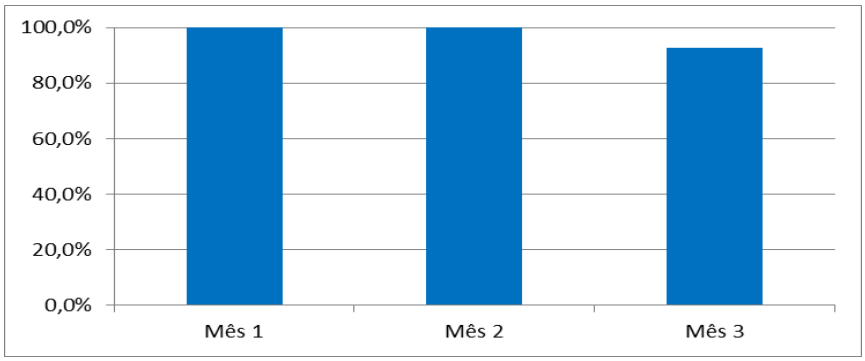


Figura 12 Gráfico indicativo da proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

Inicialmente nenhum usuário pertencente à intervenção possuía cadastro ou ficha espelho para acompanhamento, mas já no primeiro mês da intervenção 84,5% (49) dos hipertensos e 88,2% (15) dos diabéticos atendidos estavam com registro adequado na ficha espelho e no segundo mês 93,3% (167) dos hipertensos e 94,7% (36) dos diabéticos.

De todos os cadastrados, no terceiro mês 96,5% (268) dos hipertensos e 95,3% (81) dos diabéticos estavam com seus registros preenchidos corretamente. A evolução deste indicador de qualidade evidencia o engajamento da equipe em coletar e registrar todas as informações necessárias, bem como às agentes comunitárias que ajudaram na identificação de tais pacientes. Os considerados com registro inadequado foram aqueles em que não houve preenchimento de qualquer

tipo de dado na ficha espelho, sem critério de importância. Outra forma utilizada para auxiliar na identificação dos usuários já cadastrados, foi a utilização de adesivos (em verde com a sigla HAS e em amarelo com a sigla DM), os mesmos foram colocados nos prontuários dos pacientes juntamente com a identificação do grupo ao qual pertencem.

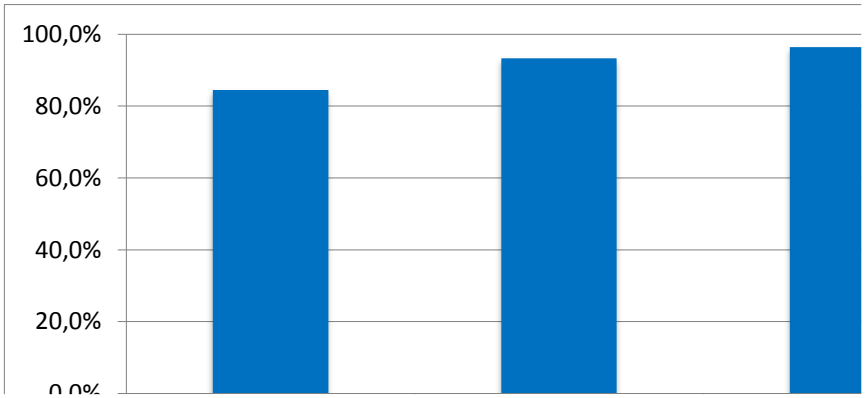


Figura 13 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

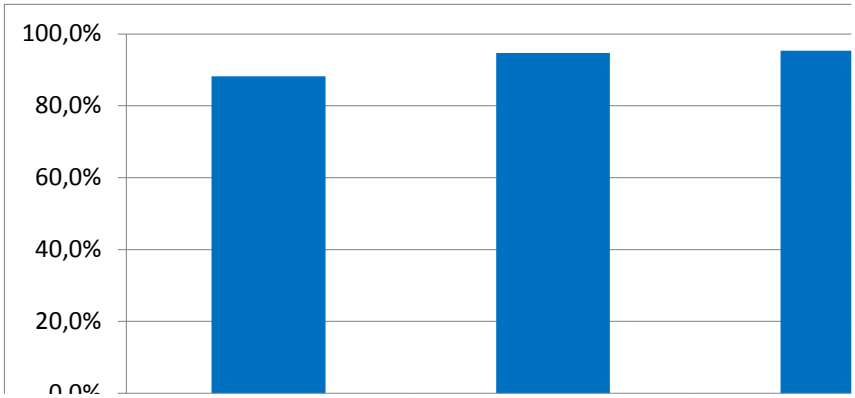


Figura 14 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

Foi realizada a estratificação do risco cardiovascular para 36,2% (21) dos hipertensos cadastrados no primeiro mês, 45,3% (81) no segundo e 60,4% (168) no terceiro e para 47,1% (8) diabéticos cadastrados no primeiro mês, 57,9% (22) no segundo e 61,2% (52) no terceiro mês, utilizando a Escala de Risco Framinghan. O cálculo do risco cardiovascular está na dependência do registro adequado dos resultados dos exames (Colesterol HDL e LDL), de dados como idade e se fuma ou não. Desse modo, qualquer registro inadequado impede que o risco seja calculado.

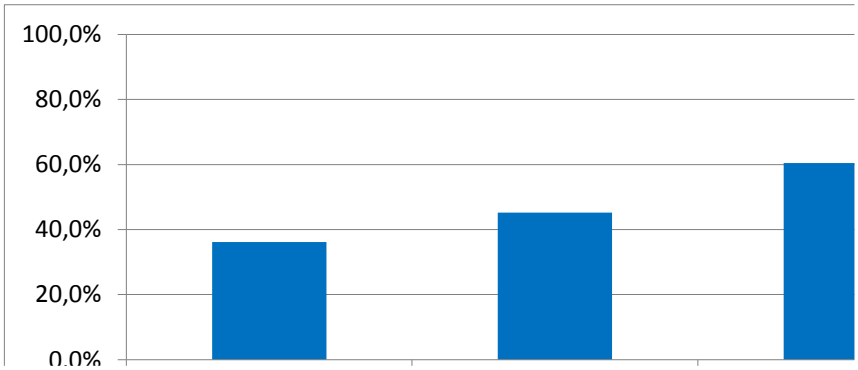


Figura 15 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

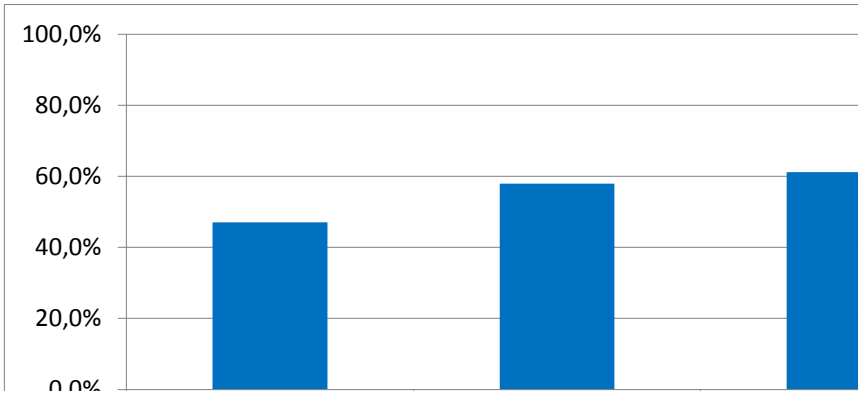


Figura 16 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

Em relação à orientação nutricional sobre alimentação saudável, no primeiro mês 86,25% (50) dos hipertensos e 34,1% (16) dos diabéticos cadastrados receberam orientações sobre hábitos de vida saudável, no segundo mês foram 95,5% (171) e 97,4% (37), no terceiro 96,4% (268) e 96,5% (82), respectivamente. Muitos foram encaminhados para acompanhamento com nutricionista. Uma das formas utilizadas para atingir o maior número possível de pessoas, foram palestras realizadas pela nutricionista da unidade e conversas desenvolvidas no durante os grupos.

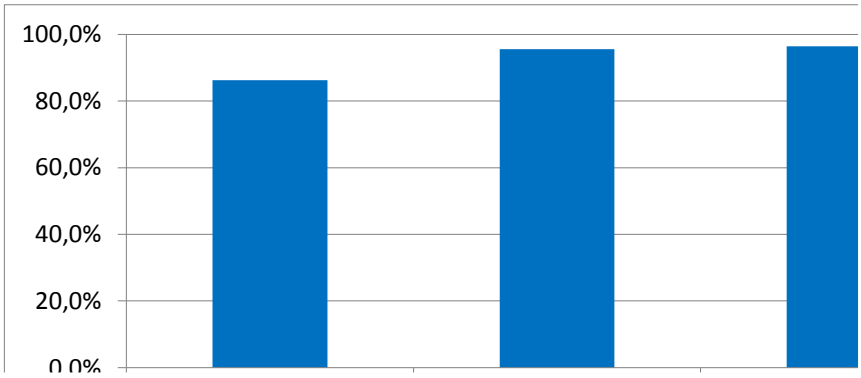


Figura 17 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

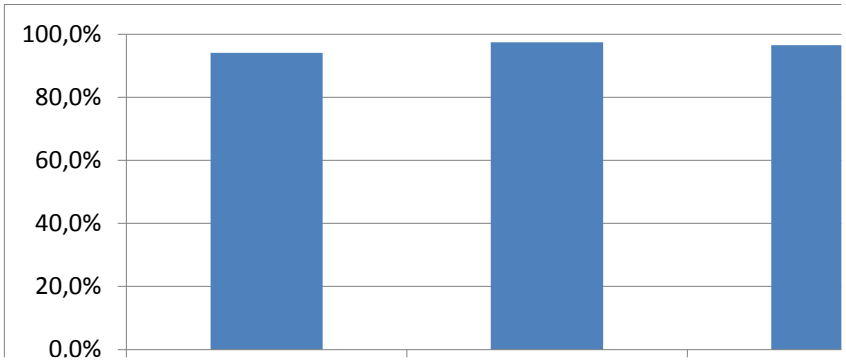


Figura 18 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

Da mesma forma, também foi garantido orientação em relação à prática regular de atividade física a 86,2% (50) dos pacientes hipertensos e 94,1% (16) dos diabéticos avaliados no primeiro mês, 95,5% (171) e 97,4% (37), respectivamente, no segundo mês e finalizando com 96,4% (268) dos hipertensos e 96,5% (82) dos diabéticos. As orientações foram passadas nas consultas médicas, nos grupos e em palestra realizada pelo fisioterapeuta. Acredito que as informações não tenham chegado a todos os atendidos, em função da adaptação inicial da equipe, quando alguns integrantes acreditavam que somente eu e o fisioterapeuta tínhamos esta incumbência.

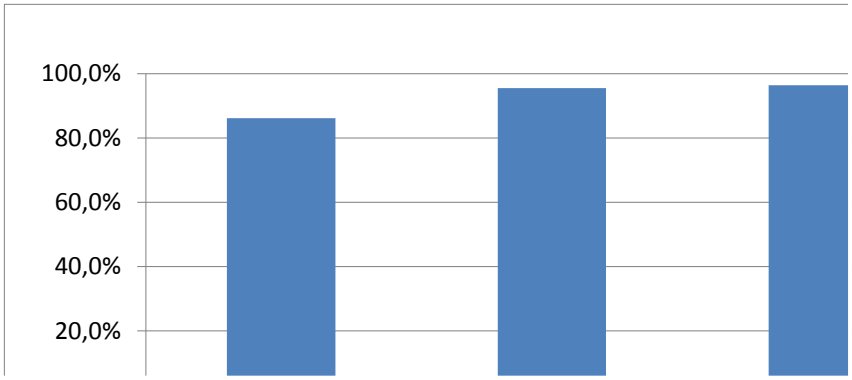


Figura 19 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

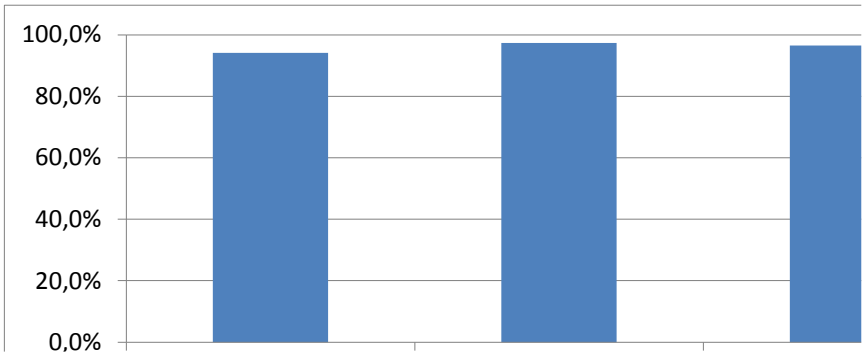


Figura 20 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

Somado aos indicadores anteriores, a mesma porcentagem de pacientes hipertensos 96,4%, (268) e diabéticos 96,5% (82) receberam orientação sobre os riscos do tabagismo de diferentes formas, através de palestra educativa disponível para toda a comunidade, de conversas nas reuniões dos grupos e na própria consulta médica.

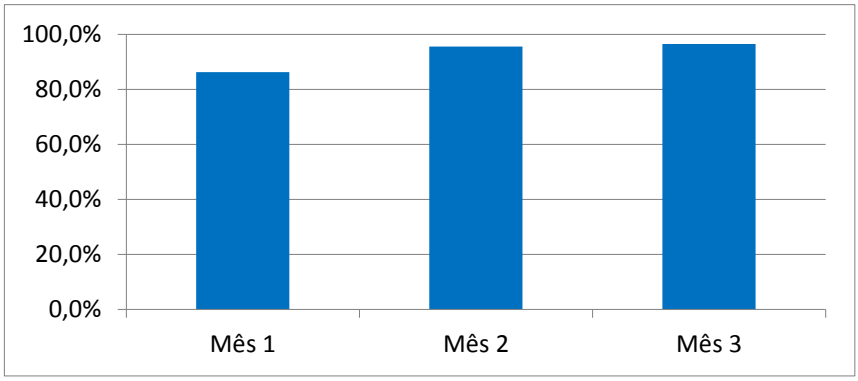


Figura 21 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

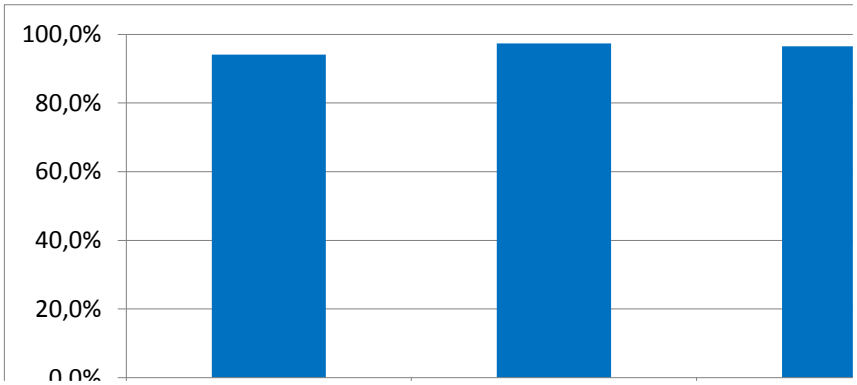


Figura 22 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

De acordo com os resultados finais, 96% (267) hipertensos e 97,6% (82) diabéticos receberam orientação sobre higiene bucal, sendo encaminhados ao odontólogo quando necessário. Também ficou instituído que todos os hipertensos e diabéticos precisam ter sua pressão arterial aferida, além de medida a glicemia nos diabéticos, antes de procedimentos odontológicos. Da mesma maneira, para aumentar o número de usuários que receberam orientação sobre higiene bucal foi realizada palestra comunitária com odontólogo.

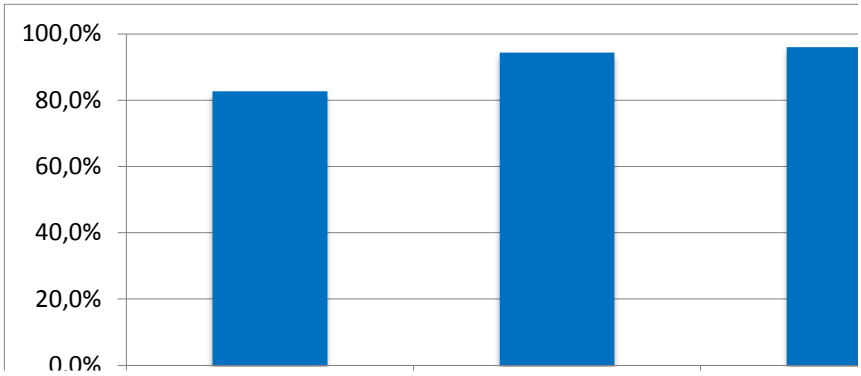


Figura 23 - Gráfico indicativo da proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

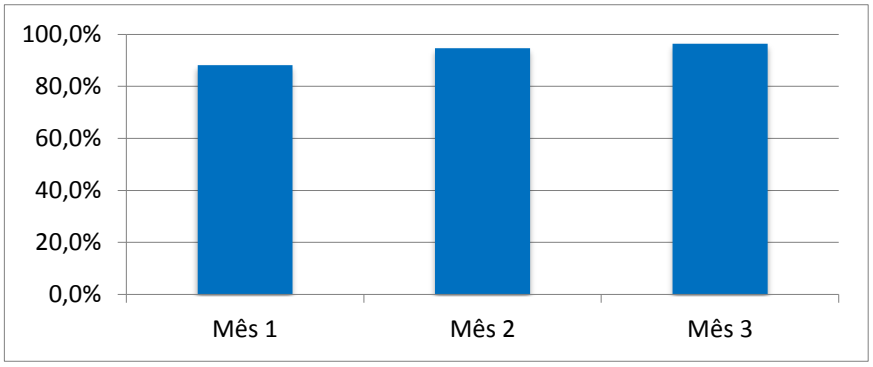


Figura 24 - Gráfico indicativo da proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal, na unidade de saúde ESF Dr. Gilberto Wiesel Selbach, RS, 2014.

4.2 Discussão

A intervenção, em minha unidade básica de saúde, propiciou a identificação/ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos pertencentes à área de abrangência, como também a melhoria dos registros e a qualificação da atenção, com destaque para: a ampliação do exame dos pés dos diabéticos, criação de uma rotina de realização de exames, palestras educativas sobre hábitos de vida saudável e a classificação de risco cardiovascular de ambos os grupos.

A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas, saindo do modelo focado apenas na entrega das medicações.

Para a realização destas atividades, foi necessário que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da HAS e DM. Essa atividade promoveu o trabalho integrado das ACS, das enfermeiras, da auxiliar de enfermagem, da farmacêutica, da coordenadora dos grupos, da gestora, da recepção e meu.

Toda a equipe estava apta a prestar atendimento, preencher a ficha espelho e orientar qualquer usuário (hipertenso e/ou diabético, pertencente à área de abrangência) que procurasse a unidade; especificamente, as ACS ajudaram a informar a população sobre o funcionamento da unidade, sobre os dias dos grupos e das palestras, e também nos comunicavam sobre casos de risco e dúvidas dos pacientes; a auxiliar de enfermagem aferia os sinais vitais de todos os pacientes tanto na unidade, quanto nos grupos ou visitas domiciliares; a coordenadora

entregava e checava as medicações, revisava os dados, ajudava na busca ativa dos pacientes faltosos e agendava consulta médica para os que necessitavam; a farmacêutica fornecia orientações sobre os remédios, sobre a lista da farmácia popular e sobre prescrições erradas ou vencidas; as enfermeiras também ajudaram na verificação dos casos que necessitavam de maior atenção; já gestora nos deu o respaldo administrativo para realização do trabalho.

Isso acabou tendo impacto também em outras atividades do serviço, como no laboratório da unidade, que passou a ter regras para organizar a realização de exames complementares e na recepção que passou a reservar uma vaga por turno para esse grupo de pacientes, trabalhando pela primeira vez com o sistema de agendamento. De certo modo, a melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da atenção e da agenda para a demanda espontânea. Associada, a classificação de risco dos hipertensos e diabéticos mostrou-se crucial para apoiar a priorização do atendimento dos mesmos.

O impacto da intervenção já é percebido pela comunidade, em função das palestras realizadas, das matérias publicadas no jornal local e da facilidade ao atendimento, proporcionada pelo sistema de agendamentos. Os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação em não precisar “tirar ficha” na madrugada e em saber que estão tendo cuidado adequado, com acompanhamento médico.

Apesar da notável ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos hipertensos e diabéticos sem cobertura. A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional eu tivesse enfatizado mais as atividades que vinha desenvolvendo, com a equipe e a gestora. Também, faltou certo entendimento e colaboração da gestora quanto à priorização da atenção a esses usuários e a necessidade de minha participação nos grupos, desenvolvidos pela unidade.

Além disso, notamos que a falta de algumas informações em nossos registros acabaram prejudicando a coleta dos seguintes indicadores: proporção de hipertensos e diabéticos com exames complementares em dia de acordo com protocolo, proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento e proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação do risco cardiovascular por exame clínico em dia.

Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está mais familiarizada e integrada, com as atividades relacionadas à intervenção funcionando melhor do que na fase inicial, evidenciando o processo evolutivo e a incorporação à

rotina do serviço. Para isto, continuaremos com o trabalho de educação e conscientização da comunidade em relação à necessidade de priorização da atenção dos hipertensos e diabéticos, em especial os de alto risco. Será mantida a ficha espelho dos hipertensos e diabéticos para podermos coletar e monitorar todos os indicadores que tínhamos previsto no projeto, tendo um arquivo específico para isso.

4.3 Relatório da Intervenção para os Gestores

O projeto de intervenção “Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos da ESF Dr. Gilberto Wiesel, município Selbach/RS” foi iniciado em agosto e finalizado em novembro/2014 (total de 12 semanas) teve como objetivo melhorar a adesão e qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos, pertencentes à área de abrangência da equipe ESF Dr. Gilberto Wiesel, Selbach-Rs.

Como não possuíamos cadastro de quais usuários pertenciam à área de abrangência dessa unidade, precisamos inicialmente identificar quais pacientes fariam parte do projeto, para tal contamos com a ajuda das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), da responsável pelos grupos de hipertensos e diabéticos da cidade e de todos os outros membros da equipe. Desse modo, estipulou-se que fariam parte do programa todos os hipertensos e/ou diabéticos com 20 anos ou mais, moradores da área urbana da cidade de Selbach.

Inicialmente, realizamos duas semanas de capacitação sobre o tema Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, para que todos os funcionários estivessem preparados para passar as informações à comunidade. Nestas reuniões houve a participação de todas as ACS e funcionários da UBS, todos puderam tirar dúvidas e opinar para o melhor funcionamento do serviço, tornando a atividade bastante proveitosa.

Também foram criadas fichas exclusivas para acompanhamento desses pacientes hipertensos e diabéticos, contendo todos os dados importantes de cada um, bem como suas medicações e seus exames de rotina. Essas fichas foram armazenadas em arquivos, separados por número do grupo (estando à disposição de todos) e são entregues ao médico juntamente com o prontuário no momento da consulta, facilitando o atendimento. Somente foram considerados cadastrados os pacientes que tiveram atendimento clínico feito pelo médico.

Assim, foram avaliados 289 pacientes nessas 12 semanas, destes 278 eram hipertensos (cobertura de 37,3%) e 85 eram diabéticos (cobertura 61,6%). Deste total de pacientes cadastradas no programa, na faixa etária de 20 anos ou mais, 272 (97,8%) dos hipertensos e 83 (97,6%) dos diabéticos foram orientados sobre higiene bucal; 273 (98,2%) dos hipertensos e 97,6% (83) diabéticos receberam orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física e riscos do tabagismo; 165 (58,3%) dos hipertensos e 55 (64,7%) dos diabéticos tiveram priorizada a prescrição de medicações pertencentes à farmácia popular; 197 (70,9%) de hipertensos e 63 (74,1%) de diabéticos estavam com exames complementares em dia.

No decorrer do projeto foram realizadas duas visitas à Casa Lar , realizando avaliação de aproximadamente 14 idosos hipertensos e/ou diabéticos, a maioria estava com exames atrasados e vários com a pressão arterial alterada. Agora, todos estão com exames em dia, pressão arterial controlada, receitas atualizadas e a maioria usando medicações pertencentes à lista básica. Semelhantemente, foram realizadas, aproximadamente, 10 visitas domiciliares, seguindo o mesmo sistema.

Tive participação em 12 grupos realizados pela unidade, no início a maior dificuldade foi a redução do número de fichas disponíveis para atendimento e a espera das pessoas que vinham procurar atendimento médico na unidade, pois tinham que aguardar meu retorno do grupo para serem examinadas. Aqueles que ficavam me esperando muitas vezes não entendiam o sentido desse programa, mas na verdade como toda a avaliação/orientação dos hipertensos e diabéticos era feita durante os grupos, muitos não necessitariam procurar a unidade para apenas trocar uma receita, por exemplo, refletindo em maior disponibilidade de consultas para os pacientes com doenças agudas. Desse modo, aumentamos os cuidados dos hipertensos e diabéticos e ao mesmo tempo diminuímos as filas na unidade de saúde.

Durante as reuniões e consultas, foram realizadas conversas com os pacientes sobre hábitos de vida saudável e sobre a doença em si, com esclarecimento das dúvidas, preenchimento das fichas de acompanhamento, aferição dos sinais vitais, solicitação de exames e readequação (com esclarecimentos e quando necessário) das receitas, sempre priorizando as medicações da lista básica. Mesmo os pacientes que retiram as medicações na farmácia popular foram convidados a participar dos grupos. Em associação, a

questão da educação em saúde esteve e permanece em foco, acabando com a característica dos grupos serem somente um momento de entrega das medicações; sigo acompanhando as reuniões mesmo após fim da intervenção, já tendo avaliado a maioria dos participantes.

Uma ação muito importante, iniciada no primeiro mês da intervenção e que perdura, foi a reserva de uma consulta por turno para agendamentos/retornos. Esse agendamento pode ser solicitado por qualquer membro da equipe, quando seja necessária avaliação médica. Apesar de parecer pouco, foi um passo muito grande num sistema que só trabalhava com demanda espontânea até então. Além disso, realizo revisão semanal das fichas espelhos com contatação dos faltosos, o contato destes é realizado pela recepcionista, coordenadora dos grupos e também por mim, através de contato telefônico. Foi uma experiência totalmente diferente, quando me identificava os pacientes tomavam um susto, pois nenhum médico tinha ligado antes; mas todos agradeceram muito a iniciativa e compareceram à consulta agendada.

Como atividade voltada para toda a comunidade, realizamos no final de agosto/2014 uma palestra coletiva (em horário alternativo) com o tema “HAS/DM: hábitos de vida saudável”, sendo abordado de diferentes formas pelo fisioterapeuta, odontólogo, nutricionista e eu. Tivemos a participação de aproximadamente 230 pessoas. Também, na 4° e 5° semanas publicamos no jornal local uma matéria sobre HAS e em seguida outra sobre DM, além de realizar uma entrevista informativa na rádio local sobre o Acidente Vascular Encefálico (“derrame”) e também, foram disponibilizado panfletos explicativos para serem entregues na unidade e nos grupos até o final desse ano.

Conforme relato acima, todas as ações previstas foram desempenhadas (claro que com algumas dificuldades), podendo com certeza qualificar o programa como positivo e já com incorporação às atividades rotineiras da unidade. Somado a isso, acredito que a comunidade, com o passar do tempo, compreendeu a proposta e isto pode representar um fator decisivo para a manutenção desta intervenção na unidade.

Portanto, acredito que o programa possa melhorar ainda mais, principalmente, através de maior apoio da administração local e engajamento da gestão da unidade, para tornarmos esses cuidados prioridade da equipe.

4.4 Relatório da Intervenção para a Comunidade

O projeto iniciado em agosto/2014 e finalizado em novembro/2014 teve como objetivo melhorar a participação e qualidade dos cuidados com hipertensos e diabéticos, pertencentes à área de ação da equipe de ESF da Unidade Dr. Gilberto Wiesel, Selbach-Rs.

Como não tínhamos cadastro de quais pessoas pertenciam à população que morava na área sob cuidados dessa equipe, precisamos inicialmente identificar quais pacientes fariam parte do projeto, para isso contamos com a ajuda das ACS, da responsável pelos grupos de hipertensos e diabéticos da cidade e de todos os outros membros da unidade. Ficou estipulado que fariam parte do programa todos os hipertensos e/ou diabéticos com 20 anos ou mais, moradores da área urbana da cidade de Selbach.

Inicialmente, realizamos duas semanas de estudos sobre o tema HAS e DM, para que todos os funcionários estivem bem preparados para passar as informações do MS à comunidade. Nestas reuniões houve a participação de todas as ACS e funcionários da UBS, todos puderam tirar dúvidas e opinar para o melhor funcionamento do serviço, tornando a atividade bastante proveitosa.

Também foram criadas fichas para acompanhamento desses pacientes hipertensos e diabéticos, contendo todos os dados importantes de cada um, bem como suas medicações e seus exames de rotina. Essas fichas foram armazenadas em arquivos, separados por número do grupo (estando à disposição de todos) e são entregues ao médico juntamente com o prontuário, no momento da consulta, facilitando o atendimento. Somente foram considerados cadastrados os pacientes que tiveram atendimento clínico feito pelo médico. Assim, foram avaliados 294 pacientes nessas 12 semanas, destes 283 eram hipertensos e 86 eram diabéticos.

No decorrer do projeto foram realizadas duas visitas à Casa Lar , realizando avaliação de aproximadamente 14 idosos hipertensos e/ou diabéticos, todos estavam com exames atrasados e vários com a pressão arterial alterada. Agora, todos estão com exames em dia, pressão arterial controlada, receitas atualizadas e a maioria usando medicações pertencentes à lista básica. Semelhantemente, foram realizadas, aproximadamente, 10 visitas domiciliares, seguindo o mesmo sistema.

Tive participação em 12 grupos realizados pela unidade, no início a maior dificuldade foi a redução do número de fichas disponíveis para atendimento e a

espera das pessoas que vinham procurar atendimento médico na unidade, pois tinham que aguardar meu retorno do grupo para serem examinadas. Aqueles que ficavam me esperando muitas vezes não entendiam o sentido desse programa, mas na verdade como toda a avaliação/orientação dos hipertensos e diabéticos era feita durante os grupos, muitos não necessitariam procurar a unidade para apenas trocar uma receita, por exemplo, refletindo em maior disponibilidade de consultas para os pacientes com problemas agudos. Desse modo, aumentamos os cuidados dos hipertensos e diabéticos e ao mesmo tempo diminuímos as filas na unidade de saúde.

Durante as reuniões e consultas, foram realizadas conversas com os pacientes sobre hábitos de vida saudável e sobre a doença em si, com esclarecimento das dúvidas, preenchimento das fichas de acompanhamento, aferição dos sinais vitais, solicitação de exames e readequação (com esclarecimentos e quando necessário) das receitas, sempre priorizando as medicações da lista básica. Mesmo os pacientes que retiram as medicações na farmácia popular foram convidados a participar dos grupos. Em associação, a questão da educação em saúde esteve e permanece em foco, acabando com a característica dos grupos serem somente um momento de entrega das medicações; sigo acompanhando as reuniões mesmo após fim da intervenção, já tendo avaliado a maioria dos participantes.

Uma ação muito importante, iniciada no primeiro mês da intervenção e que perdura, foi a reserva de uma consulta por turno para agendamentos/retornos. Esse agendamento pode ser solicitado por qualquer membro da equipe, quando seja necessária avaliação médica. Apesar de parecer pouco, foi um passo muito grande num sistema que só trabalhava com demanda espontânea até então. Além disso, realizo revisão semanal das fichas espelhos com contatação dos faltosos, o contato destes é realizado pela recepcionista, coordenadora dos grupos e também por mim, através de contato telefônico. Foi uma experiência totalmente diferente, quando me identificava os pacientes tomavam um susto, pois nenhum médico tinha ligado antes; mas todos agradeceram muito a iniciativa e compareceram à consulta agendada.

Como atividade voltada para toda a comunidade, realizamos no final de agosto/2014 uma palestra coletiva (em horário alternativo) com o tema “HAS/DM: hábitos de vida saudável”, sendo abordado de diferentes formas pelo fisioterapeuta,

odontólogo, nutricionista e eu. Tivemos a participação de aproximadamente 230 pessoas. Também, na 4° e 5° semanas publicamos no jornal local uma matéria sobre HAS e em seguida outra sobre DM, além de realizar uma entrevista informativa na rádio local sobre o Acidente Vascular Encefálico (“derrame”) e também, disponibilizamos panfletos explicativos para serem entregues na unidade e nos grupos até o fim do ano.

Conforme relato acima, todas as ações previstas foram desempenhadas (claro que com algumas dificuldades), podendo com certeza qualificar o programa como positivo e já com incorporação às atividades rotineiras da unidade. Somado a isso, acredito que a comunidade, com o passar do tempo, compreendeu a proposta e isto pode representar um fator decisivo para a manutenção desta intervenção na unidade.

5. Reflexão crítica sobre meu processo pessoal de aprendizagem

Inicialmente acreditei que aprenderia somente como formular um trabalho de conclusão de concurso (TCC) e funcionamento do SUS, mas no decorrer do curso foram desenvolvidas atividades de estudo contendo diversos temas, como saúde dos idosos, cuidados com hipertensos, dentre outros. Estas foram muito proveitosas e enriquecedoras, aumentando muito nosso conhecimento sobre o assunto, além de ser extremamente importante para melhorar nosso trabalho e também da equipe, nas unidades de saúde. Desse modo, acredito que minhas expectativas iniciais não foram somente atendidas, como também superadas.

O significado do curso para a minha prática profissional foi o aprimoramento do conhecimento científico, técnico e da relação médico-paciente, sendo também de grande valia para aprimorar o funcionamento da unidade e o atendimento prestado por todos os funcionários. Da mesma maneira, acredito que a comunidade em geral ganhou muito, pois melhoramos os registros e forma de arquivamento, qualificamos os programas de atenção, capacitamos a equipe e discutimos ações necessárias e ainda, o mais importante, focamos a educação em saúde.

Ao final das atividades, me sinto muito mais preparada para trabalhar na atenção básica, tanto em relação ao conhecimento quanto ao funcionamento técnico sistema. Também, aprendi muito sobre o sistema público de saúde, incluindo seu funcionamento, suas leis e prioridades, seus programas governamentais e também as dificuldades (ou entraves).

Certamente algumas questões precisam ser mudadas ou aprimoradas, mas o primeiro passo foi dado, a partir de agora temos que continuar empenhados e estimulados a melhorar e qualificar os cuidados prestados pela equipe de ESF Dr. Gilberto Wiesel.

Referências

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: Estratégia para Cuidado da Pessoa com Doença Crônica- Hipertensão Arterial Sistêmica. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Ministério da Saúde: Brasília, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: Estratégia para Cuidado da Pessoa com Doença Crônica-Diabetes Mellitus. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Ministério da Saúde: Brasília, 2013.

GUALANDRO, DM.; AZEVEDO FR, Calderaro D.; MARCONDES-BRAGA, FG.; CARAMELLI, B.; SCHAAN, BD et al. I Diretriz de sobre Aspectos Específicos de Diabetes Melito (tipo 2) Relacionados à Cardiologia. Arq Bras Cardiol 2014; 102(5Supl.1): 1-30.

MONTEIRO C.; MALTA D.; MOURA E.; MOURA L.; NETO, O. M.; VIGITEL 2006 Brasil: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Ministério da Saúde: Brasília, 2006.

OLIVEIRA et al. 2002; SHARMA et al., 2004; GRANDI et al., 2006; MARQUEZ CONTRERAS et al., 2007; BONDS et al., 2009; OGEBEGBE, 2008.

SCHMIDT MI.; DUNCAN BB, HOFFMANN JF.; DE MOURA L.; MALTA DC, DE CARVALHO, R.; Prevalence of diabetes and hypertension based on self-reported morbidity survey, Brazil, 2006. Rev Saúde Pública; 43(Suppl 2):74-82, 2009.

SCHMIDT, G.A.; RUEDY, R.L.M.; LACIS, A.A.; 2010. The attribution of the present-day total greenhouse effect. *J. Geophys. Res.*, 115, D20106, doi:10.1029/2010JD014287.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO ARTERIAL <http://www.sbh.org.br/>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA <http://publicacoes.cardiol.br/2014/diretrizes.asp>

Anexos

Anexo 01- Ficha Espelho

Especialização em Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS
FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa____/____/_____ Cartão SUS_____

Nome completo:_____ Data de nascimento:__/__/_____

Endereço:_____ Necessita de cuidador? ( ) Sim ( ) Não

Nome do cuidador_____ Telefones de contato:_____/_____/_____

Tem HAS? ( ) Sim ( ) Não Tem DM? ( ) Sim ( ) Não

Há quanto tempo tem: HAS?_____ DM?_____ Peso: _____Kg Estatura:_____cm Perímetro Braquial:_____cm

Medicações de uso contínuo							
Data							
	Apresentação	Intervalo					
Hidroclorotiazida 25mg							
Captopril 25mg							
Propranolol 40 mg							
Enalapril 10 mg							
Enalapril 20 mg							
Atenolol 25 mg							
Furosemida 40mg							
Moduretic (HCTZ50mg+amilorida 5mg)							
Ablok plus (Atenolol+clortalidona)							
Espironolactona 25mg							
Anlodipina 5mg							
Metformina 500 mg							
Metformina 850 mg							
Glibenclamida 5mg							
Insulina NPH							
Insulina Regular							

FLUXOGRAMA DOS EXAMES LABORATORIAIS						
Data						
Glicemia de Jejum						
HGT						
Hemoglobina glicosilada						
Colesterol total						
HDL						
LDL						
Triglicerídeos						
Creatinina Sérica						
Potássio sérico						
Triglicerídeos						
EQU Infecção urinária Proteinúria Corpos cetônicos Sedimento						
Microalbuminúria						
Proteinúria de 24h						
TSH						
ECG						
Hemograma Hematócrito Hemoglobina VCM CHCM Plaquetas						

Especialização em Saúde da Família
Universidade Federal de Pelotas

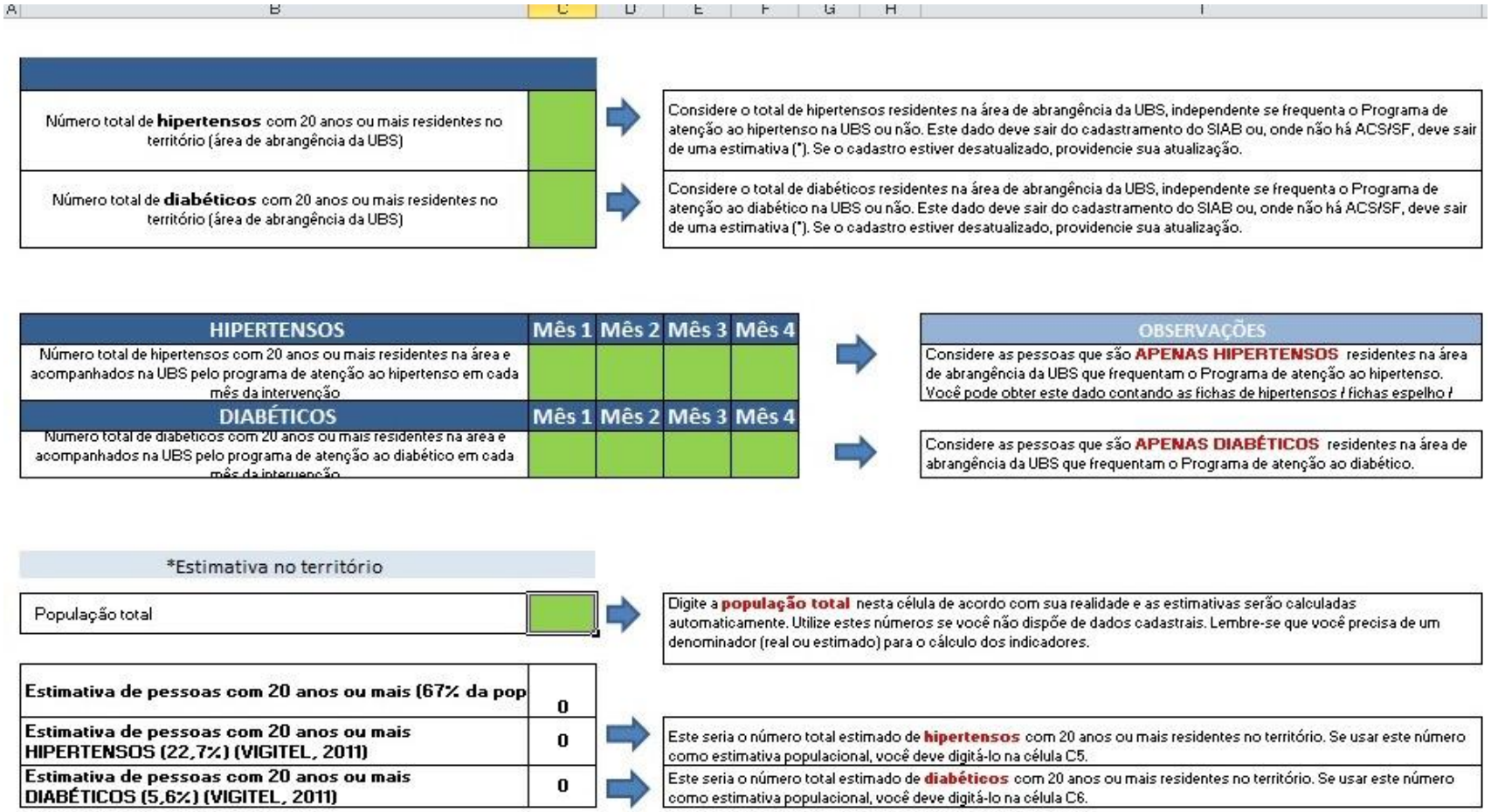
PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS HIPERTENSOS E DIABÉTICOS

FICHA ESPELHO

CONSULTA CLÍNICA

Data	Profissional que atendeu	Pressão arterial (mmHg)	Peso (kg)	IMC (kg/m^2)	Estratificação de risco		Exame dos pés (normal ou alterado)	Exame físico (normal ou alterado)	Orientação nutricional	Orientação atividade física	Orientação sobre tabagismo	Data da próxima consulta
					Framingham (Baixo /Moderado/Alto)	Lesões órgão alvo (descrever)						

Anexo 02 - Planilha de Coleta de Dados



Número total de **hipertensos** com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	Considere o total de hipertensos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao hipertenso na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.
Número total de **diabéticos** com 20 anos ou mais residentes no território (área de abrangência da UBS)	Considere o total de diabéticos residentes na área de abrangência da UBS, independente se frequenta o Programa de atenção ao diabético na UBS ou não. Este dado deve sair do cadastramento do SIAB ou, onde não há ACS/SF, deve sair de uma estimativa (*). Se o cadastro estiver desatualizado, providencie sua atualização.

HIPERTENSOS	Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
Número total de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao hipertenso em cada mês da intervenção				
DIABÉTICOS	**Mês 1**	**Mês 2**	**Mês 3**	**Mês 4**
Número total de diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS pelo programa de atenção ao diabético em cada mês da intervenção				

OBSERVAÇÕES
Considere as pessoas que são **APENAS HIPERTENSOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao hipertenso. Você pode obter este dado contando as fichas de hipertensos *menos* fichas espelho *menos*
Considere as pessoas que são **APENAS DIABÉTICOS** residentes na área de abrangência da UBS que frequentam o Programa de atenção ao diabético.

*Estimativa no território	
População total	
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais (67% da pop	**0**
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais HIPERTENSOS (22,7%) (VIGITEL, 2011)	**0**
Estimativa de pessoas com 20 anos ou mais DIABÉTICOS (5,6%) (VIGITEL, 2011)	**0**

Digite a **população total** nesta célula de acordo com sua realidade e as estimativas serão calculadas automaticamente. Utilize estes números se você não dispõe de dados cadastrais. Lembre-se que você precisa de um denominador (real ou estimado) para o cálculo dos indicadores.
Este seria o número total estimado de **hipertensos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C5.
Este seria o número total estimado de **diabéticos** com 20 anos ou mais residentes no território. Se usar este número como estimativa populacional, você deve digitá-lo na célula C6.

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1

)ados para Colet	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												
	11												
	12												
	13												
	14												
	15												
	16												

Anexo 03 - 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 Srª
Profª Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Apêndices

APÊNDICE 01: Folder sobre Diabetes Mellitus confeccionado para entrega aos usuários.

APÊNDICE 02: Texto publicado no jornal local sobre Hipertensão Arterial Sistêmica (Jornal Mais notícias e Cia, Selbach 17/08/14).

Hipertensão Arterial Sistêmica

Hipertensão, usualmente chamada de pressão alta, é ter a pressão arterial, sistolicamente, igual ou maior que 14 por 9. A pressão se eleva por vários motivos, mas principalmente porque os vasos nos quais o sangue circula se contraem. O coração e os vasos podem ser comparados a uma torneira ligada a vários esguichos. Se fecharmos a ponta dos esguichos a pressão lá dentro aumenta. O mesmo ocorre quando o coração bombeia o sangue. Se os vasos são estreitados a pressão sobe.

A pressão alta ataca os rins, coração, nos e cérebro. Os vasos são recobertos internamente por uma camada muito fina e delicada, que é machucada quando o sangue está circulando com pressão elevada. Com isso, os vasos se tornam endurecidos e estreitados podendo, com o passar dos anos, arrupir ou romper. No cérebro, isso leva ao "derrame Cerebral" ou AVC. Nos rins podem ocorrer alterações na filtração até a paralisação dos órgãos. A hipertensão é responsável por 40% dos infartos, 80% dos derrames e 25% dos casos de insuficiência renal terminal.

Pressão alta é uma doença "democrática", atinge homens e mulheres, brancos e negros, ricos e pobres, idosos e crianças, gordos e magros.

Na maioria dos indivíduos a hipertensão arterial não causa sintomas, apesar da consciência do surgimento de determinados sintomas que muitas, de maneira equivocada, consideram associados à doença, como por exemplo, dores de cabeça, sangramento pelo nariz, tontura, rubor facial e cansaço.

A hipertensão é muito comum, acometendo 1 em cada 4 pessoas adultas, chegando a mais de 50% após os 60 anos e está presente em 5% das crianças e adolescentes no Brasil. As graves consequências da pressão alta podem ser evitadas, desde que os hipertensos conheçam sua condição e mantenham-se em tratamento com adequado controle da pressão.

Fatores de risco:

Hereditariedade: Recebemos a pré-disposição, que pode apresentar-se em várias

membros da família.

Idade: O envelhecimento aumenta o risco em ambos os sexos.

Raça: Pessoas de raça negra são mais propensas a pressão alta.

Peso: A obesidade é um fator de risco!

Falta de exercício: A vida sedentária contribui para o acúmulo de peso.

Má alimentação: pouco consumo de frutas e verduras e aumento do consumo de comida rápida.

Sal em excesso: pode facilitar e agravar a hipertensão arterial.

Álcool: O consumo exagerado compromete a pressão arterial.

Tabagismo: é um fator de risco das doenças cardiovasculares.

Estresse: excesso de trabalho, angústia, preocupações e ansiedade podem ser responsáveis pela elevação da pressão.

10 Mandamentos contra a pressão alta:

1. Meça a pressão pelo menos uma vez por ano.
2. Pratique exercícios físicos todos os dias.
3. Mantenha o peso ideal, evite a obesidade.
4. Adote alimentação saudável: pouco sal, ricas fibras e muito frutas, verduras e legumes.
5. Reduza o consumo de álcool. Se possível, não beba.
6. Abandone o cigarro.
7. Nunca pare o tratamento, é para a vida toda.
8. Siga as orientações do seu médico ou profissional da saúde.
9. Evite o estresse. Tenha tempo para a família, os amigos e o lazer.
10. Ame e seja amado.

Dr^a Camila Costa
CRM 36187 Medica ESF
Unidade de Saúde Dr. Gilberto Wiest

O Estresse pode ser um Aviso !

Estamos vivendo em um mundo rival de constantes mudanças. Precisamos lidar com as pressões e cobranças do cotidiano, sejam elas nas relações sociais, pessoais, ou de trabalho. Chegamos no final do nosso dia, muitas vezes, estressados.

É necessário entender que o estresse deve ser um fator positivo e deve nos auxiliar como forma de resistência, funcionando como um mecanismo natural que nos é dado para que possamos enfrentar os desafios impostos ao nosso dia a dia. Porém quando estes desafios tornam a nossa carga muito "pesada", o nível de estresse pode ser tornar crônico. O estresse crônico pode ser o primeiro indicativo de que sua saúde física e mental não anda bem.

O nosso corpo e a nossa mente estão diretamente ligados em outros idiomas com as situações da nossa vida, e responderam através dos sintomas que se estendem ao nosso corpo físico e mental. Tais como: ansiedade, nervosismo, irritabilidade, insônia, tensões, tonturas, alergias, entre outros que variam para cada pessoa, isto acontece pois ficamos mais vulneráveis a inúmeras doenças quando estamos estressados. Por vezes,

Talita Beck Reghi
Psicóloga CRP 07/

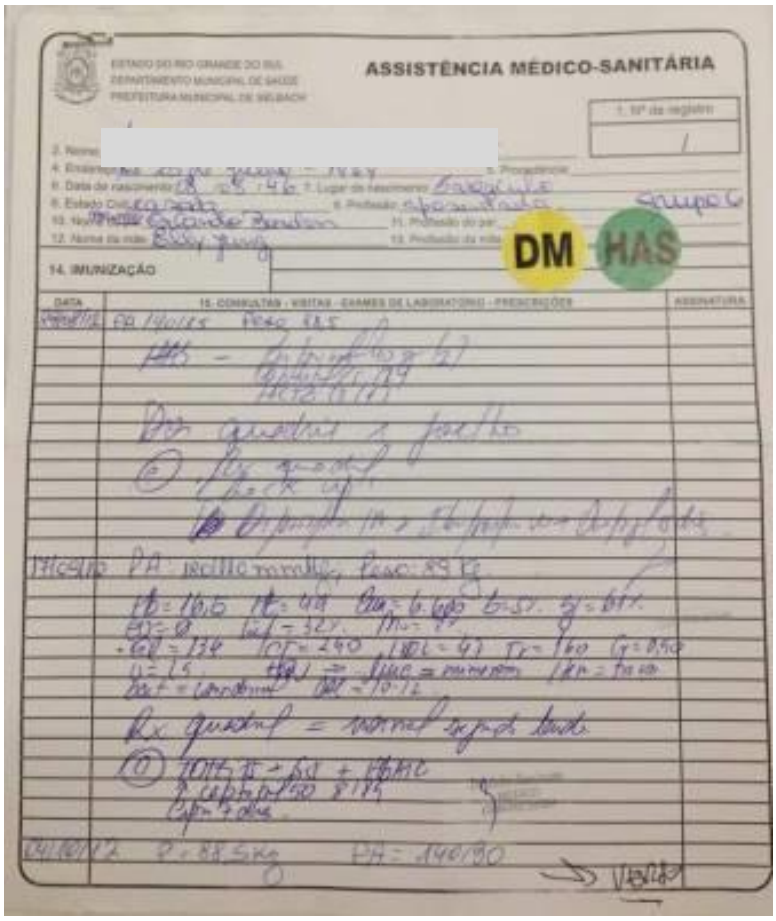
Dr. ADRIANO HARTMANN
CRO 11653
Ortodontia e Implantodontia

Dra. CRISTINA LUPATINI
CRO 20844
Clínico Geral

SELBACH: Rua João XXIII - 297
Fone: 3387-1039

TAPERA: Avenida José Boggio - 97
Fone 3385 - 1693

APÊNDICE 03: Prontuário clínico com adesivos identificadores.



APÊNDICE 04. Grupos de saúde para hipertensos e diabéticos desenvolvido pela unidade (Sala de Grupos, Selbach, março/2014).

APÊNDICE 05. Palestra oferecida á toda comunidade, realizada pelo odontólogo, fisioterapeuta, nutricionista e eu (Salão paroquial, Selbach, 28/08/14).