

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
Departamento de Medicina Social
Curso de Especialização em Saúde da Família
Turma 4



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção ao usuário portador de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Planalto - Planalto, RS

Ricardo Farias

Pelotas, 2014

Ricardo Farias

Melhoria da atenção ao usuário portador de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Planalto - Planalto, RS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Fabiana Conceição Pereira Nogueira

Co-orientadora: Mariangela Uhlmann Soares

Pelotas, 2014

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

F224m Farias, Ricardo

Melhoria da atenção ao usuário portador de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Planalto, Planalto, RS / Ricardo Farias ; Fabiana Conceição Pereira Nogueira, orientadora ; Mariangela Uhlmann Soares, coorientadora. — Pelotas, 2014.

78 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2014.

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde da família. 3. Doença crônica. 4. Hipertensão arterial. 5. Diabetes. I. Nogueira, Fabiana Conceição Pereira, orient. II. Soares, Mariangela Uhlmann, coorient. III. Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Elionara Giovana Rech CRB: 10/1693

A Deus.

À minha família.

A meus colegas de trabalho.

À minha orientadora.

À UFPel.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus, que se fez presente nos momentos mais difíceis, nos guiando com sua fonte de luz.

Aos meus pais, irmão e demais familiares que sempre estiveram presentes em cada passo desta jornada, ofertando-me a força, amor e uma imensa dose de paciência.

Aos usuários e familiares/acompanhantes que gentilmente contribuíram através da disponibilidade e que acima de tudo, confiaram em nossos conhecimentos.

Às orientadoras Fabiana Conceição Pereira Nogueira e Daniela Alves Pereira Coutinho por não medir esforços para conseguir material bibliográfico para a criação e desenvolvimento deste trabalho, além do carinho e total atenção.

À Secretária de Saúde de Planalto Auristela Cristina de Barros que me deu total apoio para a realização dos atendimentos e da intervenção na unidade.

À equipe do SMS Planalto que me ajudou muito durante toda a intervenção com muita participação e pelos muitos momentos felizes.

À Universidade Federal de Pelotas por proporcionar o conhecimento científico, sendo este aplicado durante o trabalho.

Vida

*“Encare com vibração a vida, tenha classe nas derrotas,
humildade nas vitórias e, tenha sempre à flor da pele a ousadia
e a ética”*

(Carlos Roberto Sabbi)

Resumo

FARIAS, Ricardo. **Melhoria da atenção ao usuário portador de hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus na USF Planalto - Planalto, RS.** 2014. 79f. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Especialização em Saúde da Família. Universidade Federal de Pelotas, Departamento de Medicina Social, Pelotas, 2014.

A hipertensão arterial sistêmica e a diabetes mellitus são os principais fatores de risco para acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal. Planalto é uma cidade de pequeno porte do norte do Rio Grande do Sul e tem uma população de 10.500 habitantes, desses, fazem acompanhamento na USF do município 2.010 hipertensos e 574 diabéticos. Foi proposta uma intervenção nos meses de outubro a dezembro de 2013 para melhorar o atendimento prestado aos usuários portadores destas doenças crônicas. O projeto abarcou quatro eixos pedagógicos – qualificação da prática clínica; organização e gestão do serviço; avaliação e monitoramento; e engajamento público – os quais permitiram uma qualificação integral nas ações propostas pelo do programa. Durante a intervenção foram cadastrados 610 hipertensos e 162 diabéticos, o que correspondeu a uma cobertura de 30,3% e 28,2% respectivamente. Houve uma melhora significativa do atendimento a esses usuários, com taxas de quase 100% em exames clínicos em dia, exames complementares atualizados, estratificação de risco cardiovascular e orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física e malefícios do tabagismo. Ao final, é possível afirmar que ocorreu uma melhora significativa na qualidade do atendimento prestado à este público alvo, bem como uma divulgação para a comunidade.

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

Lista de Figuras

Figura 1 - Cronograma de atividades.	40
Figura 2: Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso.	47
Figura 3: Cobertura do Programa de atenção ao diabético.	48
Figura 4: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	50
Figura 5: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.	50
Figura 6: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia.	51
Figura 7: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia.	51
Figura 8: Proporção de hipertensos com registro adequado.	53
Figura 9: Proporção de diabéticos com registro adequado.	53
Figura 10: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.	54
Figura 11: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.	54
Figura 12: Proporção de hipertensos com avaliação adontológica.	55
Figura 13: Proporção de diabéticos com avaliação adontológica.	55
Figura 14: Proporção de hipertensos com orientação nutricional.	56
Figura 15: Proporção de diabéticos com orientação nutricional.	56
Figura 16: Proporção de hipertensos com orientação sobre a pratica de atividade física.	57
Figura 17: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a pratica de atividade física.	58
Figura 18: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 80% dos hipertensos.	58
Figura 19: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 80% dos diabéticos.	59
Figura 20 - Reunião com a equipe.	62

Figura 21 - Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde.....	63
Figura 22 - Cadastramento dos usuários.	63
Figura 23 - Palestras com nutricionista e educador físico.	64
Figura 24 - Visita domiciliar.	66
Figura 25 - Consulta e orientação médica.....	67
Figura 26 - Orientação em sala de espera.	67
Figura 27 - Orientação em sala de espera.	67
Figura 28 - Grupo de hipertensos e diabéticos.....	68
Figura 29 - Reunião com usuários hipertensos e diabéticos.....	68

Lista de abreviaturas e siglas

ACS	Agente Comunitário de Saúde
DM	Diabetes Mellitus
EQU	Exame Comum de Urina
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT	Hemoglicoteste
HIPERDIA	Hipertensão e Diabetes
NASF	Núcleo de Atenção à Saúde da Família
RS	Rio Grande do Sul
SUS	Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
UBS	Unidade Básica de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

Sumário

Apresentação	10
1 Análise Situacional	11
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	13
1.3 Comentário comparativo entre texto inicial e Relatório da Análise Situacional	17
2 Análise Estratégica	18
2.1 Justificativa.....	18
2.2 Objetivos e Metas.....	20
2.2.1 Objetivo Geral	20
2.2.2 Objetivos Específicos e Metas	20
2.3 Metodologia.....	22
2.3.1 Ações	22
2.3.2 Indicadores	31
2.3.3 Logística.....	36
2.3.4 Cronograma	38
3 Relatório da Intervenção.....	41
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	43
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	44
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	45
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço.....	46
4 Avaliação da Intervenção.....	47
4.1 Resultados	47
4.2 Discussão.....	59
4.3 Relatório da intervenção para o gestor	61
4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade.....	61
5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem	70
Bibliografia.....	72
Anexos	73

Apresentação

O presente trabalho foi realizado como parte das atividades do Curso de Especialização em Saúde da Família, EaD, da Universidade Aberta do SUS em parceria com a Universidade Federal de Pelotas. O projeto de intervenção foi construído a partir da análise situacional e estratégica de atendimento, visando à Melhoria da atenção à saúde dos usuários maiores de 20 anos, portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM) da Unidade de Saúde SMS Planalto.

Este volume engloba a **análise situacional**, com a descrição da situação da atenção primária e estratégia de saúde da família no município e dos principais problemas detectados na UBS SMS Planalto e sua relação entre eles; engloba também a **análise estratégica**, que é o projeto de intervenção; o **relatório da intervenção** que descreve os principais aspectos da implantação das ações propostas; o **relatório dos resultados da intervenção** que aborda a análise qualitativa e quantitativa dos resultados obtidos; e as **considerações finais** com a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A cidade onde trabalho fica no norte do Rio Grande do Sul (RS) e possui uma população de 10.500 habitantes, do qual a fonte de renda vem da agricultura e de uma fábrica de construção de móveis. A maioria da população é de agricultores muito humildes e carentes que sempre buscam por parte dos profissionais da saúde, além da resolução dos seus problemas de saúde, muita atenção.

A realidade da minha UBS (Unidade Básica de Saúde) é composta por quatro equipes de ESF (Estratégia Saúde da Família) divididas por áreas. Cada equipe é constituída por um médico clínico geral, uma enfermeira, duas técnicas de enfermagem e sete agentes comunitários de saúde (ACS). Além disso, temos disponível uma farmacêutica, um fisioterapeuta, dois nutricionistas, dois psicólogos, oito dentistas e uma fonoaudióloga que atende a todas as áreas.

A UBS se encontra no centro da cidade onde estão presentes todos os profissionais divididos em cada área, existe ainda uma UBS menor que se encontra no interior, justamente na minha área, mas que está no momento desativada. Essa unidade fica localizada bem no interior numa área muito humilde da população que não tem muitas vezes como vir até o centro para consultas. Até metade do ano de 2012 ela funcionava uma vez na semana mas, por questões políticas, acabou sendo desativada. Agora com a nova administração há a pretensão de voltar a funcionar como antes, apenas não iniciou por questões de abandono e por não ter ainda nem carro disponível para levar os profissionais até a unidade.

A UBS têm quatro consultórios médicos, dois consultórios odontológicos, uma sala para realização de vacinas, uma farmácia, uma pequena sala de procedimentos que serve também para observação (um pouco pequena, já que muitas vezes tem

mais de um usuário fazendo medicamento, então falta lugar). A UBS apresenta também um consultório para a nutricionista, um para fonoaudióloga e um para a psicóloga, duas pequenas cozinhas, uma lavanderia e uma sala de reuniões além da sala que chamamos do café, onde os médicos se reúnem para um descanso.

A disponibilidade de materiais é bastante vasta. Temos disponíveis materiais para suturas (fios, lâminas, tesouras, porta agulhas) e autoclave para esterilização.

A relação com minha equipe é muito boa, tenho bastante diálogo com a enfermeira, que já está há 25 anos trabalhando e conhece toda a população. Troco informações com ela muitas vezes sobre os usuários. Tenho uma relação muito boa com a Secretaria de Saúde, sendo que muitas das minhas solicitações foram já atendidas, por exemplo, solicitei novo antropômetro e lanterna e fui atendido prontamente. Há uma boa cooperação entre os outros profissionais tendo bastante abertura para discutir casos clínicos. Várias vezes já discuti com psicóloga, nutricionista e fisioterapeuta sobre os usuários. Isso foi importante para o tratamento dos mesmos.

Como está iniciando um novo trabalho não temos ainda muitas reuniões em equipes para discutir sobre o funcionamento da UBS.

Infelizmente, no município, tudo gira em torno da política, tem dois partidos que são muito rivais e a administração anterior perdeu e deixou a prefeitura quase falida para o próximo prefeito. Pra se ter uma idéia, quando eu cheguei à cidade inicio de janeiro não se tinha nenhum analgésico nem antiinflamatório na farmácia da UBS e a prefeitura devia para todas as farmácias da cidade o que os impedia de mandar pegar remédios na conta da prefeitura. Moral disso tudo, me sentia inútil de prescrever remédios para lombalgia para usuários carentes que não tinham como comprar os remédios porque sabia que iriam retorna na próxima semana com as mesmas queixas. Felizmente agora já veio uma nova licitação de remédios e já estão melhorando algumas condições para a população.

Estou me deparando com um grande desafio porque não tem ainda dias para puericultura, pré-natal e dias para consultas de hipertensos e diabéticos. São disponibilizadas 14 fichas de rotina e dois para urgências todos os dias. Pretendo com o decorrer do ano implantar um turno para pré-natal, um para puericultura e um ou dois para hipertensos e diabéticos. Não sei ainda como irei proceder em relação a isso por que na minha equipe a enfermeira já tem as rotinas enraizadas, daí trazer coisas novas é complicado.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Planalto é um município brasileiro do estado do Rio Grande do Sul, com população em torno de 10.500 habitantes (IBGE, 2010). Sua economia se concentra na agropecuária e no comércio local. Atualmente o município é composto por quatro distritos (Planalto, Santa Cruz, São José e São Luiz) e possui uma reserva indígena, com cerca de 2.000 moradores.

O município possui uma UBS tradicional com quatro equipes de ESFs, cada qual com um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem, e sete ACS. Não apresentamos no momento NASF (Núcleo de Atenção à Saúde da Família), mas está sendo organizado para início breve. Não temos disponibilidade em nossa UBS de atenção especializada, sendo que quando há necessidade os usuários são encaminhados para cidades de referência em torno do município.

A unidade possui os seguintes profissionais: médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutica, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Os ACS realizam o cadastramento dos usuários e auxiliam nas buscas quando necessário.

Disponibilizamos de um hospital de pequeno porte do qual internamos os pacientes quando há necessidade e que são feitos partos, cesáreas e cirurgias gerais. Há disponibilidade de exames complementares gerais em nosso município (hemograma, raio-x, EQU). Exames ditos os mais complexos, como tomografia, endoscopia digestiva são encaminhados para centro maior.

Minha UBS abrange população urbana e rural. Temos algumas peculiaridades no sentido de atendimento dessas áreas, a população urbana tem certo recurso financeiro e procura atendimento particular na maioria das vezes, diferente da população rural que procura ao SUS com mais frequência. Não apresentamos vínculo com instituições de ensino.

No geral apresentamos uma boa estrutura física. Temos um posto grande no centro da cidade que recebe toda a população para atendimento. Realizamos o acolhimento na entrada da UBS pelas atendentes de portaria e após da sala de sinais pelas técnicas de enfermagem. Os consultórios são bons e com instrumentos médicos de acordo com o preconizado. A Secretaria de Saúde encontra-se no mesmo posto numa sala específica. Tem duas salas para coletas de citopatológico, uma sala para procedimento e realização de medicamentos e curativos. Apresentamos três

consultórios dentários com materiais suficientes para trabalhar. Temos uma farmácia com boa disponibilidade de medicamentos, mas que apresenta um tamanho pequeno conforme o que deveria ser. Temos alguns pontos negativos como a não existência de uma sala para reuniões e a não facilitação ao acesso de deficientes físicos, já que não existe corrimão nas escadas e rampas para cadeirantes. Há um projeto para construção de um auditório novo para realização de reuniões entre as equipes com previsão para um ou dois anos.

Apresentamos muitos pontos negativos aqui que ficam em deficiência, mas que felizmente já noto uma perspectiva de melhora. Não são feitas no momento visitas domiciliares, mas que estão programadas para iniciar em agosto. Não apresentamos grupos de hipertensos e diabéticos que estamos organizando para iniciar em breve. Não são feitas muitas reuniões em equipes, mas nos próximos meses serão feitas reuniões semanais para solução de problemas das UBS. Percebo que há um impacto considerável destas limitações na atenção á saúde da população já que orientações poderiam ser feitas nos grupos de hipertensos e diabéticos e as visitas ajudariam aqueles pacientes que não vem até a UBS por limitações funcionais e psíquicas além de conhecer a realidade de cada paciente de perto.

Dos 10.500 habitantes, apenas 9.537 estão registrados, sendo este valor utilizado para o preenchimento das abas demográficas. Existem em torno de 4.900 mulheres e aproximadamente 4.500 homens. Quanto à faixa etária apresentamos uma população grande de idosos, quase 1.450 indivíduos acima dos 60 anos. A estrutura do serviço em relação a tamanho e equipe é proporcional a área adstrita.

Temos disponível uma boa quantidade de fichas para atendimento diário na UBS, sendo de 14 para cada médico, que dá uma porcentagem alta cobrindo, na maioria das vezes a demanda necessária. Claro que temos algumas peculiaridades, como são disponíveis 14 fichas para consultas de rotina e duas para urgência alguns dias há sobra de fichas e em outros todas as fichas são preenchidas faltando para uma possível urgência. Como as fichas são disponibilizadas por atendentes sem conhecimento do que é urgência médica muitas vezes são dadas prioridades para pacientes sem muita urgência e os que necessitam mesmo ficam sem fichas.

Há uma peculiaridade em minha área, que é a distância do posto até a comunidade, sendo difícil algumas vezes para a população de vir até a consulta em dias chuvosos por exemplo. Estamos melhorando alguns aspectos como a reforma do posto satélite que tem no interior onde faremos atendimento uma vez na semana,

para ficar mais cômodo as pessoas que moram longe. Estamos fazendo uma melhor avaliação das consultas que se dizem urgência com participação mais ativa da enfermeira para que não seja passado o que é consulta de rotina e não deixar de valorizar uma possível urgência.

Na saúde da criança apresentamos alguns parâmetros bons em nosso serviço, como orientação para aleitamento materno, vacinas em dia, monitoramento do crescimento e desenvolvimento, o teste do pezinho é realizado em quase totalidade das crianças até os sete dias de vida. As consultas estão de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde em relação ao número. O ponto negativo é que essas ações não são feitas de forma programática, pois não existe a informação exata da cobertura de crianças atendidas, não há protocolo ou manual e não utilizamos registro específico para essas ações. Não há um monitoramento regular dessas ações, sendo que em minha área estou implantando juntamente com as ACS uma busca das crianças para virem até a UBS para o acompanhamento. Quanto aos pontos negativos creio certa má vontade de alguns profissionais para uma busca mais ativa das crianças para virem até a UBS. Quanto à adesão quando se chega uma orientação até essas pessoas elas fazem o acompanhamento direito, por exemplo, sempre que vem a consulta crianças eu oriento quanto às consultas de revisão, o problema é que muitas vezes elas não são orientadas em suas residências. Não temos registros específicos de puericultura, mas os dados são todos registrados nos prontuários de forma concisa e clara. As atividades de educação em saúde são realizadas durante as consultas pelo médico e em partes pela enfermeira, não apresentamos até o momento grupo para discussões da promoção e prevenção de saúde dessas crianças.

O atendimento de pré-natal é considerado bom em minha UBS, as gestantes em sua quase totalidade fazem o acompanhamento do pré-natal em dia vindo em todas as consultas agendadas. São feitos bons atendimentos como um todo, com realização de exames rotineiros para cada trimestre gestacional e ultrassom obstétrico sendo realizado no próprio município. São feitos grupos de gestantes com orientações por parte da equipe (médico, enfermeira e técnica de enfermagem) quanto à alimentação saudável, acompanhamento pré-natal, aleitamento materno, etc. As ações de orientação não são de forma programáticas, sendo agendadas as próximas consultas ambulatorialmente. Não há registros específicos e manuais técnicos disponíveis. Os monitoramentos são feitos pelas ACS que acompanham se as gestantes estão indo as consultas regularmente, mas sem uma busca ativa dessas

gestantes. Quanto ao puerpério, quase todas as mulheres são acompanhadas na unidade, e são realizadas buscas ativa para faltosas.

No município é realizada uma ampla divulgação sobre a realização do exame de citopatológico e mamografia periódicas, que vai desde o médico, enfermeira, técnica de enfermagem até os ACS. Apresentamos índices de realização de exames para prevenção dessas patologias altos, sendo de em torno de 90% tanto em relação ao citopatológico quanto a mamografias em dia. As ações não são estruturadas de forma programática e não são adotados protocolos técnicos, apenas contamos com um registro em um caderno dos exames de citopatológicos realizados dos quais nos guiamos para a busca dos pacientes que apresentam alteração nesse exame. Os aspectos positivos são o alto índice de realização dos exames conforme descrito, e alguns pontos negativos são a não procura de orientação quando se está com alteração de determinado exame por parte das pacientes. Outro ponto negativo é não apresentarmos um registro específico para anotar as mamografias. São feitas orientações periódicas em relação à educação em saúde para a realização e acompanhamento dessas pacientes. Há uma participação ativa de todos os membros da equipe de saúde quanto à orientação e monitoramento para prevenção do CA de colo de útero e de mama.

No município há uma grande população de hipertensos e diabéticos, mas são poucas as ações de atenção dispendidas para essa população, a maioria fica apenas para orientação ambulatorial. Não temos ainda no momento grupos de hipertensos e diabéticos onde fica mais fácil realizar as orientações nutricionais e sobre exames periódicos por exemplo. As consultas são feitas conforme agendamento e há uma conduta ambulatorial de realização de exames anuais e reavaliação medicamentosa a cada quatro a seis meses. Acredito que mesmo com essas dificuldades há uma boa qualidade da atenção à saúde, os registros por mais que não sejam informatizados são feitos com clareza para um bom entendimento de posteriores consultas.

Quanto à saúde bucal não apresentamos registros dos usuários residentes na área de abrangência. Acredito que por o município apresentar um número grande de dentistas que trabalham apenas 20 horas semanais e não fazem os cadastramentos como deveriam.

São feitas orientações para os idosos no sentido de consulta médica para ver sobre comorbidades, mas não apresentamos no momento ações sobre atenção à saúde dos idosos e não apresentamos um protocolo ou manual técnico com registro

específico. Como a população de idosos é muito grande há uma dificuldade de monitoramento quanto à procura de consulta médica periódica para serem realizadas atividades educacionais e nutricionais. Os registros são feitos de forma organizada nos prontuários e há uma participação efetiva da equipe de saúde quanto ao atendimento dessa população.

1.3 Comentário comparativo entre texto inicial e Relatório da Análise Situacional

Ao se fazer um comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional percebo que muitos aspectos foram esclarecedor sobre o funcionamento de nossa UBS.

No início do curso tinha uma visão superficial sobre o funcionamento da minha unidade básica sobre todos os aspectos de atendimento e o funcionamento da UBS onde atuo, como por exemplo, o funcionamento dos atendimentos sobre pré-natal, puericultura e hipertenso-diabéticos.

No decorrer da análise situacional tive uma visão mais ampla sobre o atendimento na UBS. Passei a observar a estrutura física do ambiente de trabalho, a disponibilidades de profissionais em determinadas áreas e funções.

Ao se desenvolver a análise situacional percebi muitas coisas que estavam deficitárias no âmbito de minha UBS, dentre elas a não realização de visitas domiciliares, a falta de programas de inclusão dos pacientes idosos, crianças, adolescentes e hipertensos-diabéticos com programas de educação em saúde na UBS.

Quanto à distribuição de fichas para atendimentos há uma falha quanto ao número de atendimentos diários em relação à distribuição das mesmas. Muitas vezes tem todas as fichas preenchidas faltando para uma possível urgência.

Durante a análise situacional encontrei alguns pontos positivos sobre o atendimento na UBS. Apresentamos uma boa cobertura de pré-natal com acompanhamento na unidade e realização de teste do pezinho em quase 100% dos recém-nascidos. Apresentamos um índice considerável de realização de atendimentos em mulheres e realização de exames considerados básicos para determinada idade, como mamografia e citopatológico.

Por fim, exponho que tive um avanço no sentido de como funciona a UBS onde atuo, e que isto me proporcionou uma motivação para o trabalho na unidade.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A prevalência estimada de hipertensão arterial sistêmica (HAS) no Brasil é de 20 a 30%, entre os adultos, sendo que os pacientes com mais de 60 anos cerca de 65% apresentam-se hipertensos de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia. Entre os diabéticos estima-se 11% da população igual ou superior a 40 anos, o que representa cerca de cinco milhões e meio de portadores (população estimada pelo IBGE em 2005). O diabetes apresenta alta morbimortalidade, com perda importante na qualidade de vida. Cerca de 10% da população mundial possui a doença e se esta não for tratada precocemente pode diversas complicações fisiológicas nos indivíduos (ONU, 2012).

Somadas as duas comorbidades apresentam-se como as principais causas de mortalidade, insuficiência renal, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular de acordo com a Sociedade Brasileira de Cardiologia.

A escolha da intervenção com foco na atenção aos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM) faz-se de suma importância no âmbito da minha UBS pelo número expressivo de portadores de hipertensão e diabetes. O acompanhamento de perto dessa população seguindo os respectivos cadernos do Ministério da Saúde sobre hipertensão e diabetes faz-se necessário para uma boa acolhida dos mesmos, melhorando o atendimento na Unidade Básica, produzindo um cuidado mais universal, integral e resolutivo.

A população alvo de minha ação programática são os hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS. As estimativas feitas a partir da população total abrangida pela UBS apontam para cerca de 2.010 usuários com HAS e 574 com DM. No entanto, os registros do SIAB, atualmente, mostram que apenas 1.496 usuários

diabéticos e 367 hipertensos estão cadastrados, sendo que, destes cadastrados, nem todos devem estar realizando o acompanhamento regular.

É importante também ressaltar que muitos não estão cadastrados por ainda não serem diagnosticados. Temos uma adesão razoável dessa população ao tratamento e às ações propostas na UBS, já que muitas vezes esses pacientes vêm para as consultas apenas quando tem algum sintoma, estando em atraso com relação a medicamentos e exames periódicos.

Quanto à qualidade da atenção à saúde desta população na minha UBS pode-se considerar razoável, de acordo com o exposto no caderno das ações programáticas, existem indicadores bons como orientações sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável, alguns razoáveis, como exame físico dos pés nos diabéticos e outros que não apresentam registros, como a avaliação da saúde bucal desses pacientes. Existem poucas ações de promoção de saúde desenvolvidas até o momento, como por exemplo, um grupo de tabagismo e acompanhamento com avaliação nutricional.

A situação do atendimento nesse grupo da população envolve alguns pontos a serem comentados. Temos uma deficiência quanto a ações com foco na prevenção de complicações e na promoção à saúde voltada especificamente para usuários com as patologias em questão. Isso traz certas limitações no sentido de que orientações sobre dieta, atividade física e controle do tabagismo poderiam ser feito em um grupo grande já que muitas vezes é difícil fazer isso em nível ambulatorial com apenas uma pessoa. Outra limitação é que a carteirinha do hipertenso e diabético é antiga e desorganizada o que dificulta muitas vezes ver quais medicamentos os pacientes usam. Diante do exposto, apesar de muitos hipertensos e diabéticos serem acompanhados na UBS, as ações ainda não se configuram como uma ação programática, não havendo um protocolo definido, registros específicos, nem avaliação/monitoramento rotineiro das ações.

A intervenção com este foco faz-se necessária para ampliar ainda mais a cobertura da atenção e melhorar a qualidade do cuidado aos usuários acompanhados. Existem vários aspectos que viabilizam a realização dessa intervenção, dentre esses se podem destacar o apoio da secretaria de saúde além da cooperação e motivação de toda equipe, da estrutura favorável e da boa disponibilidade de medicamentos na UBS e na farmácia popular. Espera-se, com a intervenção, favorecer o controle da HAS e da DM, evitando complicações advindas dessas doenças, e promover a

qualidade de vida da população alvo, já que essas doenças, quando descompensadas, têm probabilidade de resultarem em complicações, dificultando o dia-a-dia das pessoas e sua relação com o meio externo.

2.2 Objetivos e Metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção aos adultos portadores de hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na UBS Planalto – Planalto,RS.

2.2.2 Objetivos Específicos e Metas

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

Meta 1.1: Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Meta 1.2: Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa.

Meta 2.1: Buscar 100% dos hipertensos cadastrados no programa, faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Meta 2.2: Buscar 100% dos diabéticos cadastrados no programa faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

Meta 3.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 3.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Meta 3.3: Garantir a 100% dos hipertensos cadastrados no programa a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 3.4: Garantir a 100% dos diabéticos cadastrados no programa a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Meta 3.5: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 3.6: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

Meta 4.1: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 4.2: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

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

Meta 5.1: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 5.2: Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Objetivo 6: Promoção da saúde.

Meta 6.1: Garantir avaliação odontológica a 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 6.2: Garantir avaliação odontológica a 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Meta 6.3: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 6.4: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Meta 6.5: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 6.6: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos hipertensos cadastrados no programa.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos diabéticos cadastrados no programa.

2.3 Metodologia

O projeto de intervenção foi estruturado para ser realizado na Unidade Básica de Saúde de Planalto – RS está previsto para ser desenvolvido num período de 12 semanas (três meses). Participará da intervenção hipertensos e diabéticos cadastrados e os que iremos cadastrar durante esses tempo, em todo o município. Serão utilizados os protocolos do Ministério da Saúde ao atendimento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabete Mellitus (DM), que se encontram descritos nos Cadernos de Atenção Básica de número 15 e 16 (BRASIL, 2006).

2.3.1 Detalhamento das ações

O detalhamento das ações está descrito por objetivo específico e aborda os quatro eixos pedagógicos indicados pelo curso: monitoramento e avaliação; organização e gestão do serviço; qualificação da prática clínica; e engajamento público.

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

Ações:

- Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde: Mensalmente, será revisado o arquivo específico de registro dos usuários com HAS/DM acompanhados na UBS, para identificar a evolução da cobertura.

- Organização e gestão:

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa: sempre que algum usuário com HAS/DM for identificado, ou aqueles que já têm diagnóstico buscarem o serviço, checar se já estão cadastrados e, caso não estejam, realizar registro. Nas visitas feitas pelos ACS, atualizar as informações de

acompanhamento dos usuários com HAS/DM no SIAB. Nas consultas, preencher o cadastramento/monitoramento dos usuários no HIPERDIA.

- Melhorar o acolhimento para os pacientes portadores de hipertensão e diabetes: instituir na rotina de acolhimento da UBS a escuta e a busca ativa, realizando aferição de pressão arterial (PA), hemoglicoteste (HGT), se indicado, e classificação de risco, facilitando o acesso destes usuários às consultas, priorizando os de maior risco.

- Garantir material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde: realizar junto com a pessoa responsável na UBS um levantamento da disponibilidade e estado dos materiais utilizados para busca ativa e acolhimento dos usuários com HAS, comunicando à gestão por via oficial a necessidade de mais materiais.

- Engajamento público:

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde: informar verbalmente nas salas de espera sobre o acompanhamento feito na UBS; disponibilizar cartazes informativos na UBS e em locais estratégicos da comunidade, como igrejas, associações, comércio. Contar com a atuação dos ACS para divulgarem a importância do acompanhamento nas visitas; realizar ação de saúde para promover o rastreamento de HAS/DM, abordar a importância do autocuidado e da prevenção.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente: realizar breves momentos de educação em saúde na sala de espera, conversando sobre a importância do diagnóstico da HAS; disponibilizar cartazes informativos na UBS e em locais estratégicos da comunidade, como igrejas, associações, comércio, informando a idade para começar a monitorar a PA; os ACS, nas visitas, podem alertar usuários que já tem indicação de avaliar a PA que visitem a UBS. Realizar ação de saúde para promover o rastreamento de HAS/DM, abordar a importância do autocuidado e da prevenção.

- Orientar a comunidade sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg: realizar breves momentos de educação em saúde na sala de espera, conversando sobre a importância do diagnóstico do DM; disponibilizar cartazes informativos na UBS e em locais estratégicos da comunidade, como igrejas, associações, comércio, informando

a idade e a situação em que se deve monitorar glicemia; os ACS, nas visitas, podem alertar usuários que já tem indicação de avaliar a glicemia que visitem a UBS; realizar ação de saúde para promover o rastreamento de HAS/DM, abordar a importância do autocuidado e da prevenção.

- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes: realizar breves momentos de educação em saúde na sala de espera, alertando sobre os fatores de risco; disponibilizar cartazes informativos na UBS e em locais estratégicos da comunidade, como igrejas, associações, comércio, informando os fatores de risco; os ACS, nas visitas, podem trabalhar essa informação com os usuários; realizar ação de saúde para promover o rastreamento de HAS/DM, abordar a importância do autocuidado e da prevenção.

- Qualificação da prática:

- Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos e diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde: realizar momento de educação permanente com os ACS, explicando a importância de cadastrar e acompanhar mensalmente estes usuários nas visitas, atualizando as informações do SIAB.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito: Realizar momento de educação permanente com a equipe, abordando, entre outros aspectos básicos, a técnica adequada para aferição.

- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg: realizar momento de educação permanente com a equipe, abordando, entre outros aspectos básicos, a técnica adequada para realização do HGT.

Objetivo 2: Melhorar a adesão do hipertenso e/ou diabético ao programa:

Ações:

- Monitoramento e avaliação:

- Monitorar as consultas: através da carteirinha do hipertenso e diabético, feita pela equipe da UBS, desde as ACS, passando pelas técnicas de enfermagem, enfermeira até o médico.

- Fazer mapeamento: comparando os usuários cadastrados no programa e os usuários que estão comparecendo nos atendimentos, identificando faltosos.

- Organização e gestão:

- Organizar visitas domiciliares feitas pelos ACS para buscar os faltosos: orientar os ACS sobre a necessidade de se enfatizar o acompanhamento desses usuários na unidade de acordo com a periodicidade.

- Organizar a agenda, deixando fichas agendadas em dias específicos, para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Marcar com antecedência as consultas desses usuários deixando-as pré-agendadas para que esses pacientes venham para a consulta e façam o acompanhamento regular.

- Nos casos de enfermidade: agendar visitas domiciliares com médico e enfermeira.

- Engajamento público:

- Informar a comunidade em grupos de idosos, clubes de mães e através de folderes sobre a importância de realização das consultas: realizar reuniões periódicas nesses grupos juntamente com outros profissionais (enfermeira, nutricionista) para as devidas orientações.

- Esclarecer aos portadores de HAS, de DM e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas através de orientação em grupos específicos nas comunidades; fazer esse esclarecimento nas reuniões nos grupos de idosos, clubes de mães e através de folderes.

- Usar os meios de comunicação escritos e falados: para divulgar datas e eventos dos encontros, também conceder entrevistas escritas e faladas para esclarecer a população de maneira geral.

- Qualificação da prática clínica:

- Treinar os ACS em reuniões de equipe para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade: fazer uma explanação aos ACS sobre a periodicidade das consultas para que façam uma orientação correta.

- Conversar com os demais membros da equipe sobre a periodicidade das consultas nesse grupo específico: fazer isso para que toda equipe faça uma correta orientação sobre a periodicidade das consultas durante os vários atendimentos, desde realização de curativas pelas técnicas de enfermagem até as enfermeiras em suas consultas de enfermagem.

Objetivo 3: Melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde:

Ações:

- Monitoramento e avaliação:

- Falar com todos os médicos de cada área específica para a realização do exame clínico corretamente em todos os hipertensos e diabéticos através de conversas informais entre os atendimentos.

- Organizar a equipe para identificar usuários com atraso nos exames de rotina: mostrar a periodicidade dos exames para a equipe.

- Fazer uma busca de toda a equipe para que seja monitorizada a periodicidade dos exames laboratoriais em dia: fazer a busca nas localidades das pessoas.

- Organizar uma carteirinha do hipertenso e diabético: onde se encontram descritos todos os medicamentos desses pacientes e para que seja feito o monitoramento dos remédios da farmácia popular.

- Organização e gestão:

- Fazer um escalonamento para que técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos saibam medir corretamente a pressão e realizar o HGT: realizar capacitação a esses profissionais.

- Fazer com que todos os profissionais tenham um protocolo consigo para orientação de suas atribuições: imprimir esse protocolo e disponibilizar aos profissionais.

- Orientar e disponibilizar hemoglicotestes para os ACS e técnicos de enfermagem para verificação periódica e rastreamento de diabéticos durante as visitas. fazer treinamento correto sobre como realizar o hemoglicoteste aos ACS e técnicos de enfermagem.

- Realizar reuniões para discussões sobre resultados, dúvidas quanto a quem deva fazer o teste a cada dois meses. Realizar as reuniões com toda equipe e na unidade.

- Verificar, em conjunto com toda equipe se os usuários em questão estão com os exames complementares em dia: mais uma vez orientar a equipe para a verificação regular dos exames complementares.

- Colocar na carteirinha a data do exame realizado e qual a próxima data para realização desse exame: organizar a carteirinha para que fique fácil de ver os exames complementares e quais estão em atraso.

- Entrar em contato com o gestor do município para ampliar os exames disponíveis: já que apenas dois são pagos pela prefeitura, sendo o restante arcado pelo próprio paciente que algumas vezes não faz devido à falta de condições.

- Orientar aos profissionais de cada equipe sobre a necessidade de verificar os medicamentos utilizados pelos pacientes e monitorar a validade: fazer isso no âmbito da unidade e em parceria com as farmácias que disponibilizam os medicamentos.

- Engajamento público:

- Fazer folderes sobre os riscos da HAS e da diabetes e orientar os ACS sobre a necessidade dos usuários serem examinados e cobrarem dos profissionais um exame físico completo: fazer os folderes na unidade e dar aos ACS para que entregam nas casas durante as visitas.

- Realizar orientações em grupos específicos (grupos de idosos, palestras em comunidades, clubes de mães), instruir os ACS para orientação durante as visitas sobre a periodicidade dos exames complementares: organizar palestras nesses grupos com essas orientações.

- Fazer orientações em grupos da comunidade sobre o direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular: fazer isso durante as consultas médicas e conversar com todos os profissionais sobre orientar aos pacientes sobre essa possibilidade na unidade.

- Qualificação da prática:

- Fazer revisão periódica da literatura sobre o exame físico adequado, para pacientes hipertensos, com médicos e enfermeiros da UBS: fazer busca em consensos e diretrizes atuais sobre a comorbidade.

- Garantir que os membros da equipe, cada um de acordo com sua responsabilidade, façam uma avaliação sobre os exames em dias dos usuários: os ACS orientando nas visitas sobre essa necessidade, técnicas de enfermagem e enfermeira nas consultas tais e médico durante o atendimento.

- Rever literaturas atualizadas e repassar para colegas médicos da UBS para atualização sobre tratamento e possíveis medicações disponíveis na farmácia

popular: orientar através de todos os membros da equipe (médico, técnicos de enfermagem e enfermeira) sobre os medicamentos disponíveis na farmácia popular, em conjunto com os profissionais médicos para que sejam prescritos a maioria dos remédios da farmácia popular.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações:

Ações:

- Monitoramento e avaliação:

- Atuar junto com a gestão municipal para que os dados sejam coletados pelas ACS e registrados corretamente pelas enfermeiras: pedir que os dados fossem coletados com rigor e com a maior acurácia possível pelas ACS e que sejam registrados o mais corretamente.

- Organização e gestão:

- Acordar para que a enfermeira de cada área se responsabilize pela atualização dos dados: orientar as enfermeiras para que façam um monitoramento aos ACS em suas tarefas de coleta das informações.

- Fazer uma planilha de registro com dados sobre consultas em dia e atrasos: colocar nessa planilha estratificação de risco cardiovascular, exame físico completo, utilização de medicamentos de acordo com protocolo e disponíveis na farmácia popular.

- 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: fazer isso durante as consultas médicas, nos grupos de hipertensos e diabéticos, nas reuniões na comunidade e falar com toda equipe para fazer essa orientação a esses pacientes.

- Qualificação da prática:

- Orientar a equipe para que seja feito um correto preenchimento dos dados nos registros dos hipertensos: fazer reuniões periódicas para esse tipo de orientação, estabelecer datas das reuniões e pedir a participação de todos.

- Discutir com os outros médicos da UBS os procedimentos clínicos corretos: pedir com que disponibilizem esses dados para que seja feito o cadastro correto.

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

Ações:

- Monitoramento e avaliação:

- Fazer uma conversa junto aos profissionais médicos da unidade sobre a realização de estratificação sobre risco cardiovascular em pelo menos uma vez ao ano em usuários hipertensos e diabéticos.

- Organização e gestão:

- Fazer um registro dos pacientes considerados de alto risco cardiovascular para que os mesmos tenham prioridade de atendimento e acompanhamento em dia com seus exames e consulta.

- Engajamento público:

- Orientar aos médicos sobre dar atendimento diferenciado aos pacientes com maiores riscos: discutirei com os médicos da UBS sobre a necessidade de orientar os pacientes com maiores riscos para que sejam feitos acompanhamento mais de perto de suas doenças, com avaliações periódicas de seu exame físico, medicações em uso e exames complementares.

- Necessidade dos membros da equipe em saber quais pacientes são de alto risco: incluirei em reuniões de equipe a necessidade de todos verificarem quais são esses pacientes através dos dados registrados e orientar esses pacientes a participarem mais ativamente das consultas e acompanhamento.

- Qualificação da prática:

- Realizar atualização da literatura sobre estratificação de risco cardiovascular: tirar cópias do score de Framingham para disponibilizar aos médicos e enfermeiras da UBS para que seja feita essa avaliação nos pacientes. Orientar as enfermeiras sobre os registros corretos dessas avaliações.

Objetivo 6: Promoção da Saúde:

Ações:

- Monitoramento e avaliação:

- Conversar com os dentistas na UBS para monitorar e fazer seguimento dos pacientes hipertensos e diabéticos nas consultas odontológicas.

- Desenvolver e criar sistema de monitorização: em conjunto com a equipe e a nutricionista da UBS para uma boa orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.
- Monitorar e orientar a equipe: para orientação sobre prática de atividade física regularmente nos pacientes hipertensos.
- Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos, feitas pela equipe de saúde da UBS.
 - Organização e gestão:
 - Organizar, em conjunto com os dentistas, dias específicos para consultas de hipertensos: solicitar ao gestor municipal para que nos possibilite fazer essa adequação no calendário.
 - Organizar palestras sobre alimentação saudável e prática de atividade física: realizar essas palestras nos grupos específicos sobre hipertensão e diabetes, em clubes de mães, em grupos específicos nas comunidades e fazer em conjunto com a nutricionista. Desenvolver folderes sobre alimentação saudável para entregar a esses pacientes.
 - Conversar com a gestora municipal sobre a compra e disponibilidade de medicamentos para abandono do tabagismo: garantir que sejam distribuídos aos pacientes tabagistas nos grupos sobre tabagismo.
 - Organizar palestras sobre malefícios do tabagismo. Fazer isso em âmbito da UBS e em grupos de hipertensos e diabéticos, clubes de mães e outros grupos na comunidade.
 - Engajamento público:
 - Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde: fazer orientações nos grupos de terceira idade, clubes de mães em folderes para disponibilizar a população sobre avaliação odontológica regular.
 - Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista.
 - Conversar com a equipe para que seja feita uma orientação dos usuários e de seus familiares sobre alimentação saudável: realizar isso no âmbito da UBS por todos os profissionais e os ACS nas visitas domiciliares, além da entrega dos folderes na UBS e nas casas dessas pessoas.

- Conversar com a equipe para que faça orientação correta sobre atividade física: conversar com a equipe para que haja uma orientação durante o atendimento na UBS sobre a prática de atividade física, em todos os lugares, desde os atendimentos iniciais até a consulta médica; conversar com os ACS para que façam essa orientação nas visitas domiciliares, entregando folderes sobre isso.

- Orientar os hipertensos tabagistas nos grupos de hipertensos e diabéticos: em palestras nas comunidades e em folderes sobre os malefícios do tabagismo.

- Qualificação da prática:

- Conversar com a equipe de dentistas sobre a possibilidade de leitura de literatura sobre atualizações no atendimento dos pacientes hipertensos. Orientar a leitura periódica dessas atualizações.

- Fazer conversa com a equipe sobre como ter uma alimentação saudável e como fazer uma orientação correta para os usuários: realizar isso juntamente com a nutricionista para que todos saibam sobre a alimentação correta, quais nutrientes mais calóricos e quais devem ser usados por determinados usuários.

- Qualificar a equipe da unidade para uma correta orientação sobre prática de atividade física regular: fazer isso através de contato com educadores físicos em palestras para que sejam orientados os tipos de atividades físicas, por exemplo, corridas, caminhadas, etc.

- Conversar com a equipe de saúde sobre a melhor forma para o abandono do tabagismo: organizar atualizações sobre combate ao tabagismo para a equipe da UBS.

2.3.2 Indicadores

META 1.1: Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

META 1.2: Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

META 2.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3: Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

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

META 2.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 4: Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos à consulta médica com busca ativa.

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

META 3.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 5: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

META 3.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 6: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

META 3.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 7: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

META 3.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 8: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

META 3.5: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 9: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

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

META 3.6: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 10: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

Indicador 11: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

Indicador 12: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

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

Indicador 13: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

Indicador 14: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

META 6.1: Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 15: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Numerador: Número de hipertensos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

META 6.2: Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 16: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica. Numerador: Número de diabéticos que realizaram avaliação odontológica.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

META 6.3: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

META 6.4: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

META 6.5: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

META 6.6: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

META 6.7: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 21: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

META 6.8: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 22: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de hipertensos e diabéticos serão adotados os Cadernos de Atenção Básica de 2006 disponibilizados pelo Ministério da Saúde sobre Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica. Utilizaremos as fichas de hipertensos e diabéticos e as respectivas fichas espelhos disponíveis na unidade.

A ficha não prevê informações sobre acompanhamento de saúde bucal, exame clínico completo e poucos dados relativos ao risco cardiovascular destes pacientes. Assim, para podermos coletar todos os indicadores necessários para o monitoramento da intervenção será preciso que o médico e a enfermeira atuem junto à equipe e aos ACS para que se faça um melhor registro dos dados em si. Para o acompanhamento mensal da intervenção serão reavaliados os dados no SIAB juntamente com alguns prontuários.

Para organizar os dados dos pacientes, seus medicamentos em uso, exames periódicos, avaliações nutricionais será implantada uma carteirinha para esse fim que já está disponível na unidade. Quem passará esses dados nas carteirinhas serão as enfermeiras e técnicas de enfermagem de cada área.

Em relação a orientações sobre atividade física regular, orientação nutricional e quanto aos riscos do tabagismo serão feitas através de distribuição de materiais educativos nas salas de espera antes dos devidos atendimentos. Isso será realizado pela equipe. Os materiais serão elaborados pelo médico e gestor conforme disponibilidade de recursos. Também serão realizadas palestras trimestrais no auditório da UBS para abordagem dos vários assuntos envolvendo hipertensão e diabetes e sobre essas orientações. Para realização deste serão feitas reuniões prévias com técnicas enfermagem, ACS, enfermeiras e médicos para discutir e abordar de maneira concisa as informações ao público alvo.

As enfermeiras revisaram os dados das fichas padrões e espelhos dos pacientes que chegarem para o atendimento, sendo que os mesmos poderão ou não fazer parte dos grupos de hipertensos e diabéticos. Estes dados serão transcritos para ficha espelho revisada e atualizada para que haja uma melhora nos registros das informações.

Para que haja uma melhora na qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde serão feitos monitoramentos e reavaliações das fichas para que se alcancem os índices sobre exame clínico apropriado, realização de exames complementares em dia e totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular. As fichas serão reavaliadas pela enfermeira juntamente com o médico com monitorização para que esses dados sejam cumpridos.

Quanto à disponibilização dos materiais e capacitação da equipe para aferição da pressão arterial, fica acordada com os gestores a disponibilização de

esfigmomanômetros, glicômetros, balança, fita métrica. A manutenção e calibração serão monitoradas pelas enfermeiras a cada dois meses.

Quanto a ampliar a cobertura aos hipertensos e/ou diabéticos será feita uma busca ativa na sala de sinais dos pacientes que chegam para atendimento à unidade. Será necessário capacitar a equipe de técnicos de enfermagem e enfermeiras para identificação dos pacientes hipertensos e diabéticos. Isso será realizado por mim durante as capacitações. Ainda será feita uma busca ativa dos pacientes faltosos pelos ACS e monitorado pelas enfermeiras em reuniões mensais.

2.3.4 Cronograma

Ações propostas	SEMANA											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Capacitação dos profissionais de saúde sobre diferentes aspectos dos cadernos 01-02 adotados por mim e editados pelo ministério da saúde.	x											
Reuniões com a equipe multidisciplinar (nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, enfermeira e tec .enfermagem.)	x				x				x			
Monitorar o número de hipertensos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde pelas enfermeiras através do SIAB	x				x				x			
Registro dos hipertensos cadastrados no Programa	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	X
Rotina de acolhimento da UBS a escuta e a busca ativa, realizando aferição de TA, HGT (se indicado)	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Garantir o monitoramento e aferição dos aparelhos utilizados para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetros, manguitos, fita métrica) na unidade de saúde:								x				
Realizar breves momentos de educação em saúde na sala de espera, conversando sobre a importância do diagnóstico da HAS e DM e distribuir material de apoio com folder	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	X
Realizar breves momentos de educação em diagnóstico do DM/HAS Disponibilizar cartazes informativos na UBS e em locais estratégicos da comunidade, como igrejas, associações, comércio, informando a idade e a situação em que se deve monitorar glicemia e PA	x											
Apresentação de entrevistas e reportagens nos meios de comunicação falada e escrita do Município	x				x				x			
Capacitar os ACS para o cadastramento de hipertensos de toda área de abrangência da unidade de saúde.	x				x				x			

Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.	X												
Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).	X				X				X				
Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos	X				X				X				
Organizar a agenda para acolher os hipertensos/diabéticos provenientes das buscas domiciliares.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas. Esclarecer aos portadores de hipertensão e diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Treinar os ACS para a orientação de hipertensos/diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.	X												
Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos.	X				X				X				
Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.	X				X				X				
Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde	X												
Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.	X												
Disponer de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.	X												
Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, a necessidade de periodicidade na realização de exames complementares.	X												
Manter as informações do SIAB atualizadas. Implantar planilha/registro específico de acompanhamento.	X				X				X				
Pactuar com a equipe o registro das informações.	X				X				X				
Definir responsável pelo monitoramento registros.	X				X				X				
Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso e diabético.	X				X				X				
Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.	X				X				X				
Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.					X								

Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.	x				x				X			
Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).	X				x				x			
Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos.	x				x				X			
Monitorar a realização de orientação para atividade física regular aos hipertensos e diabéticos.	X				x				x			
Monitorar realização de orientação sobre riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos.	x				x				X			
Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção ao hipertenso e diabético.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e atividade física regular.	x				x				X			
Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular e tratamento para abandono do tabagismo.	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Realização de grupos de HAS/DM.								x				

Figura 1 - Cronograma de atividades.

3 Relatório da Intervenção

Realizamos reuniões com os agentes comunitários de saúde sobre a abordagem dos pacientes hipertensos e diabéticos em suas casas, a busca dos faltosos a consultas, observação dos medicamentos usados pelos mesmos e orientações quanto a questões como tabagismo, atividade física regular e alimentação saudável.

Ocorreu uma reunião com grupos de hipertensos e diabéticos para aferição das PAs e troca de medicamentos para aqueles usados da farmácia popular.

Fizemos uma reunião sobre como iria se procederiam as tarefas com toda a equipe, enfermeira, técnica de enfermagem, e médicos.

Realizamos acolhimento na unidade dos pacientes com orientações, aferições das PAs, e breves conversas para educação de suas doenças.

Foi realizado um dia de atendimento na comunidade São José no interior do município onde se encontram muitos pacientes hipertensos e diabéticos dos quais pela localização mais afastada do centro da cidade acabam não vindo regularmente às consultas. Foram atendimentos feitos com calma e que proporcionaram um contato próximo dos pacientes, isso teve bastante impacto nas condutas dos pacientes que ficarão felizes com o que lhes foi feito.

Foram realizadas bastantes consultas médicas ambulatoriais dos pacientes provenientes das buscas domiciliares, onde foram aferidos os exames complementares em atraso e analisados os medicamentos de uso da Farmácia Popular.

Foram feitas muitas orientações nas salas de espera sobre hipertensão e diabetes.

Uma reunião foi feita com a equipe da qual fizeram parte médico, enfermeiras, técnicas de enfermagem, fisioterapeuta, nutricionista e farmacêutica. Nessa reunião

foram discutidos os atendimentos e as orientações feitas aos hipertensos e diabéticos e os próximos passos a serem tomados para o decorrer da intervenção.

Fizemos durante uma semana um trabalho exclusivo sobre tabagismo. Realizamos uma capacitação sobre tabagismo em um município perto daqui onde foram discutidos temas diversos dentre eles como se prestam atendimentos aos pacientes que fumam e as estratégias para os mesmos pararem de fumar. O aprendizado foi trazido para nossa unidade onde foram feitas distribuição de folderes e orientações sobre os malefícios do tabagismo.

Realizamos atualizações dos cadastros dos pacientes no SIAB, além dos atendimentos médicos e odontológicos dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Realizamos muitos atendimentos de pacientes provenientes das visitas domiciliares e que estavam em atraso com seus exames e com seus remédios desatualizados.

Fizemos uma reunião informal entre três médicos da unidade para discutir sobre os pacientes com fatores de risco para doenças cardiovasculares para poder realizar um melhor atendimento aos mesmos.

Minha equipe realizou visitas domiciliares para pacientes hipertensos e diabéticos que se encontram acamados para atualizar os exames e medicamentos em uso pelos mesmos.

Realizamos também muitas orientações sobre tabagismo, atividade física regular e alimentação saudável na unidade.

Foram feitas consultas odontológicas de vários pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados das consultas médicas e das visitas domiciliares.

Realizaram-se muitas acolhidas por parte de toda equipe da unidade com orientações para a população em geral e principalmente aos portadores de hipertensão e diabetes.

Foi feito um cadastramento dos pacientes hipertensos e diabéticos no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus na unidade realizado pela enfermeira.

Realizamos também muitas acolhidas dos pacientes hipertensos e diabéticos na unidade e realizamos vários atendimentos ambulatoriais dos pacientes provenientes das buscas domiciliares.

Realizei uma aferição dos esfigmomanômetros e manguitos para ver se estavam calibrados.

Foram feitos grupos com pacientes hipertensos e diabéticos numa comunidade do interior onde foram aferidas as PAs dos mesmos e reavaliado os medicamentos desses pacientes para ver se estavam tomando os mesmos corretamente.

Na última semana da intervenção foi realizado dois grupos com hipertensos e diabéticos, ambos com cerca de 150 usuários, dos quais verificamos os medicamentos usados pelos mesmos, aferimos os níveis pressóricos, orientamos sobre mudança do estilo de vida e consequências do não tratamento de suas comorbidades. Notei que os usuários estavam mais cientes de suas doenças e com os níveis pressóricos menores do que na primeira reunião.

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Das ações inicialmente previstas fizemos reuniões com a equipe multidisciplinar para discussão dos trabalhos a serem seguidos, foi feita uma monitorização do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no SIAB. Tivemos um pouco de dificuldade para realizar essas tarefas por serem bastante trabalhosas e dispenderem muito tempo e grande número de pessoas envolvidas por isso que foram cumpridas parcialmente.

Foi realizada de forma integral a acolhida com escuta e busca ativa dos pacientes realizando aferição de TA, HGT e realizado breves momentos de educação em sala de espera sobre a HAS e DM2 e suas consequências.

Realizamos capacitação aos ACS conforme previsto inicialmente nas metas.

Organizamos a agenda para atender os pacientes faltosos as consultas conforme previsto inicialmente e esses pacientes são provenientes das buscas domiciliares. Fizemos visitas domiciliares para atender alguns faltosos às consultas. Essas metas foram feitas de forma parcial já que devido ao tempo não deu para fazer todas as ações integralmente. Foi feito um treinamento dos ACS para orientar os pacientes quanto a realizar consultas periodicamente.

Quanto às ações de “Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos.”, “Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde”, “Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.” E “Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.” Foi cumprida de forma parcial devido

a grande quantidade de pacientes envolvidos e a pouca disponibilidade de outros profissionais principalmente médicos de ajudar na tarefa.

Foi realizada de forma parcial uma monitorização da qualidade dos registros de hipertenso-diabéticos acompanhados na unidade de saúde. Foram mantidas de forma integral as informações do SIAB atualizadas. Foi orientado em torno de 40% dos pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Foi organizada a agenda de atendimento médico para priorizar aqueles pacientes de alto risco cardiovascular conforme previsto inicialmente nas metas. Também se priorizou o atendimento dos mesmos. Realizei uma capacitação da equipe para registrar o escore de risco cardiovascular, já que foi através de conversas informais entre os profissionais que fiz isso.

Foi feita uma monitorização de em torno de 80% das consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista. Realizei de forma integral a monitorização da realização de orientações nutricionais, para atividade física regular e sobre os riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos conforme previsto inicialmente.

Dialoguei com alguns dos dentistas da unidade sugerindo que realizassem um atendimento diferenciado dos pacientes hipertensos e diabéticos, claro que alguns não aceitaram muito que conversei, mas mesmo assim tivemos um alcance de 80%.

Orientamos os pacientes e seus familiares sobre a importância da prática de atividade física regular, alimentação saudável e abandono do tabagismo de forma integral já que ouve grande ajuda dos profissionais da unidade nessa tarefa.

Não cheguei a fazer uma capacitação na unidade sobre orientação quanto à alimentação saudável, prática de atividade física regular e abandono do tabagismo, mas conversei sobre esse tema com o maioria dos profissionais da unidade para se fazer orientações de uma forma correta.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Quanto às ações não realizadas destaco a não disponibilidade de cartazes informativos na UBS e outros locais estratégicos da comunidade. Também não consegui realizar uma entrevista ou reportagem em algum meio de comunicação. Acredito que não consegui fazer isso devido à secretaria não me disponibilizar ajuda

para tal já que tentei em algumas conversas apoio para tal com verbas, mas foi negado a mim esse recurso.

Não realizei uma capacitação dos profissionais de saúde quanto aos cadernos do ministério da saúde sobre hipertensão e diabetes devido a grande quantidade de pessoas e a não conseguir reunir todos, fiz apenas algumas conversas sobre tal.

Tentei fazer um monitoramento minucioso da periodicidade das consultas previstas no protocolo, mas não consegui devido a serem muitos pacientes e a falta de colaboração de alguns colegas.

Outro ponto que ficou deficitário foi a atualização dos profissionais com versão impressa na unidade devido a falta de tempo para tal e não haver verbas para isso. Não realizei capacitação dos profissionais com os protocolos adotados pela unidade de saúde para tal fim.

Não consegui realizar controle de estoque de medicamentos, nem registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos/diabéticos cadastrados na unidade.

Não conseguimos realizar um treinamento da equipe para o preenchimento dos registros ao acompanhamento do hipertenso e diabético. Também não consegui capacitar a equipe da unidade de saúde para se fazer um registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas, tentei conversar com alguns colegas médicos para o correto preenchimento desse registro.

Outro item não realizado foi a monitorização do número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma estratificação de risco cardiovascular ao ano. Não consegui também fazer uma capacitação da equipe para estratificação de risco segundo o escore de framingham ou de lesões em órgãos alvos e a importância destes registros.

Não consegui organizar a agenda da atenção à saúde bucal para priorizar a atenção ao hipertenso e diabético devido a pouca colaboração dos dentistas.

Outra ação que não consegui realizar foi a organização de práticas coletivas sobre alimentação saudável e orientação quanto a prática de atividade física regular.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Realizamos as coletas de dados com muita dificuldade já que foram muitos pacientes avaliados mês a mês. Recebi bastante ajuda dos colegas de trabalho na unidade anotando os dados, por exemplo, a cada paciente que davam orientação

sobre alimentação saudável anotava esse dado. Durante as consultas e até mesmo pesquisando as fichas clínicas dos mesmos eu anotava o restante dos dados para preencher a planilha. Recebi ajuda de uma colega farmacêutica do posto que me ajudou nesse preenchimento.

Um ponto importante foi que os dados não ficaram 100% fidedignos com todos os pacientes, fiz algumas vezes uma estimativa de acordo com o que muitos me relatavam e com o relato dos que participaram me ajudando nas tarefas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço

As ações continuam a serem implantadas de forma bastante empolgante na unidade, claro na medida do que é possível de se realizar. Percebi que as técnicas de enfermagem, atendentes e enfermeiras já orientam os pacientes sobre como cuidar de suas doenças, orientam sobre alimentação saudável, prática de atividade física e abandono do tabagismo de forma espontânea durante os atendimentos.

Faremos uma análise das possibilidades de se fazerem reuniões na comunidade para orientação sobre hipertensão e diabetes além de disponibilidade de cartazes educativos com essas informações. Essa foi uma das ações não realizadas e que foram inicialmente propostas. Isso tudo depende de ajuda da secretaria de saúde que numa primeira tentativa não se disponibilizou devido à falta de recursos.

Conversarei com entidades locais para realizar uma entrevista em um meio de comunicação ou reportagem em jornal sobre as consequências de não se fazer um acompanhamento correto de hipertensão e diabetes.

Farei uma tentativa junto aos dentistas para realizar uma melhora dos atendimentos aos pacientes hipertensos e diabéticos além de organizar a agenda de atendimento para tal.

4 Avaliação da Intervenção

4.1 Resultados

A intervenção tratou da melhoria da atenção aos usuários portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DIA) na UBS de Planalto. Em nossa área de abrangência existem aproximadamente 2010 portadores de HAS e 574 DIA.

META 1.1: Cadastrar 85% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

Para os 2.010 hipertensos residentes na área de abrangência da unidade, a cobertura do programa aos usuários portadores de HAS ficou aquém da meta proposta, porém é crescente e está representada por 326 (16,2%) usuários no primeiro mês. No segundo e terceiro mês aumentamos nossa proporção, chegando a valores de 465 (23,1%) e 610 (30,3%) portadores de HAS cadastrados e atendidos na unidade. Acompanhamos o crescimento do indicador na figura 2.

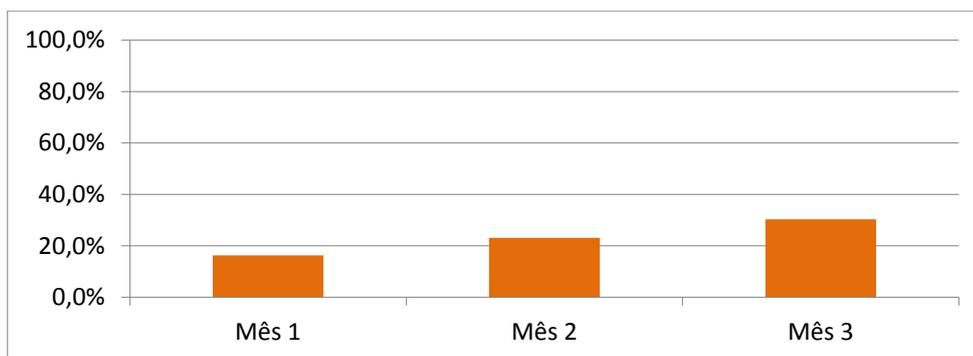


Figura 2: Cobertura do Programa de atenção ao hipertenso.

META 1.2: Cadastrar 85% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

Para 574 diabéticos residentes na área de abrangência, a cobertura também ficou aquém da meta proposta, porém também demonstra crescimento gradativo no decorrer dos meses de avaliação da intervenção. No primeiro mês atingimos 88 (15,3%) usuários, aumentando para 130 (22,6%) e 162 (28,2%) usuários no segundo e terceiro mês (Figura 3).

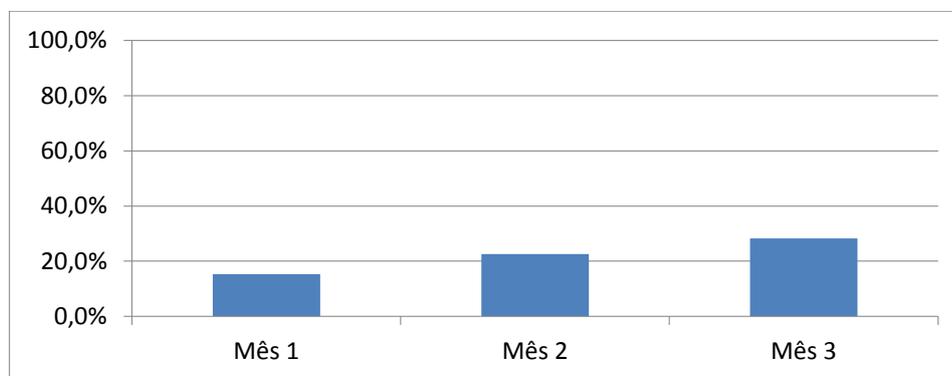


Figura 3: Cobertura do Programa de atenção ao diabético.

Não foi possível alcançar estas duas metas, devido a serem apenas três meses de intervenção para um grande número de usuários portadores de HAS e DIA na unidade. Também tivemos dificuldades com duas das equipes que não se prontificaram muito em realizar e participar da intervenção. Mesmo com metas aquém das previstas inicialmente, ficamos satisfeitos pois alcançamos diversos usuários que não frequentavam o programa anteriormente. Continuamos com a intervenção após o término do prazo para entrega das tarefas e a porcentagem aumenta a cada mês com um acréscimo no número de pacientes cadastrados.

META 2.1: Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3: Proporção de hipertensos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

A busca ativa ocorreu para 100% dos portadores de HAS, faltosos as consultas agendadas, foram 40 usuários no primeiro mês (11%), 68 (14%) e 78 (12%) no

segundo e terceiro mês, sendo os denominadores para os respectivos meses 362, 465 e 610 hipertensos. Antes da intervenção apresentávamos índices acima dos 50% de faltosos nas consultas médicas.

META 2.2: Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 4: Proporção de diabéticos faltosos com a consulta médica com busca ativa.

Quanto aos usuários portadores de diabetes, acompanhados na unidade durante a intervenção, tivemos 10 faltosos no primeiro mês (11%), 18 no segundo mês de intervenção (13%) e 24 (14,8%) usuários faltosos no último mês. Atingindo uma porcentagem de 100% nos três meses de intervenção, sendo os denominadores 88, 130 e 162, respectivamente. Antes da intervenção, a taxa de faltosos às consultas estava acima dos 50%.

Alguns fatos me ajudaram no resultado final desses indicadores. Recebi grande ajuda dos ACS na busca ativa dos pacientes hipertensos e diabéticos em suas residências para que os faltosos viessem até o consultório para revisão. Os folderes disponibilizados na unidade traziam orientações quanto a se fazer avaliação regular e revisão com consultas periódicas. Tivemos reservadas fichas de atendimentos médicos para que os faltosos viessem para as consultas.

Outro objetivo traçado foi de melhorar a qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e/ou diabético realizado na unidade de saúde.

META 3.1: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos.

Indicador 5: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

META 3.2: Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Indicador 6: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

O exame clínico apropriado foi realizado em 293 (89,9%) portadores de HAS e 79 portadores de DIA no primeiro mês de intervenção. Nosso indicador é crescente e podemos acompanhar no gráfico (figura 4 e 5), que no terceiro mês de intervenção 549 (90%) portadores de HAS e 148 (91,4%) portadores de DIA estavam com exame clínico apropriado, em dia. Os denominadores são os usuários cadastrados no mês.

A meta alcançada sobre o exame clínico em dia de acordo com o protocolo foi possível devido à conversa e estudo sobre a realização correta do exame clínico entre os médicos da unidade.

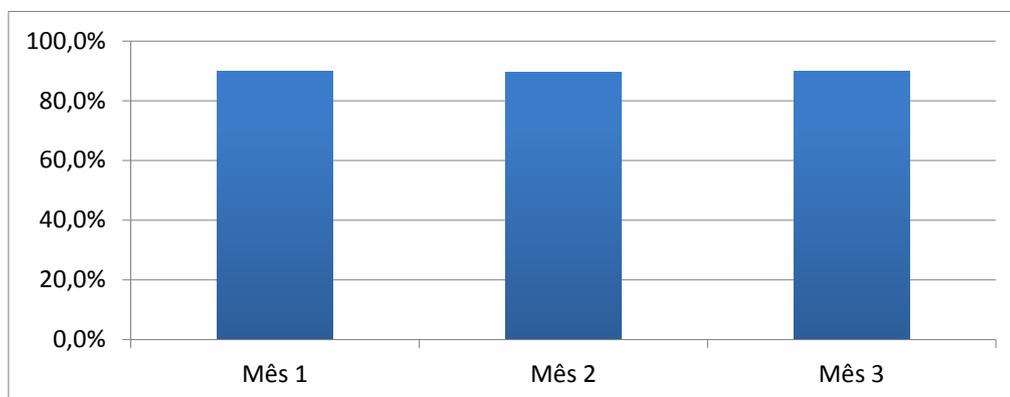


Figura 4: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

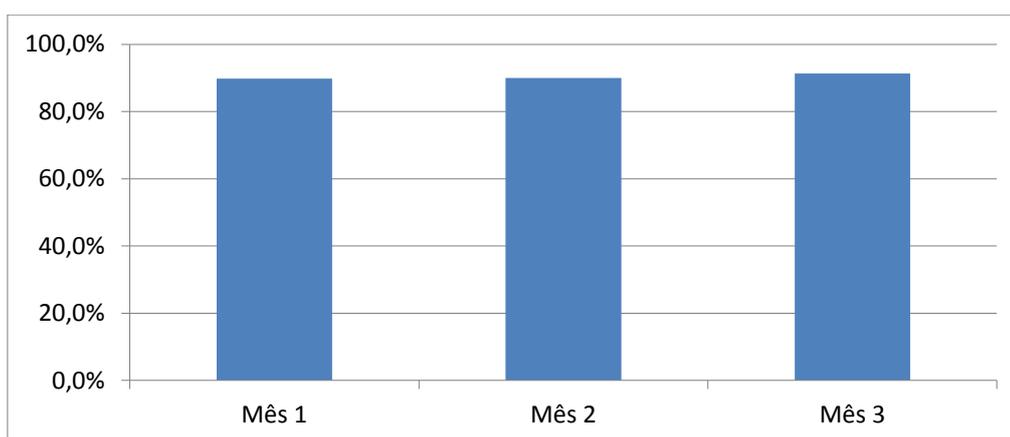


Figura 5: Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

META 3.3: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 7: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês de intervenção foi alcançado 309 (94,8%) portadores de HAS com os exames complementares em dia e no quarto mês intervenção atingimos 573 (93,9%) usuários (Figura 6).

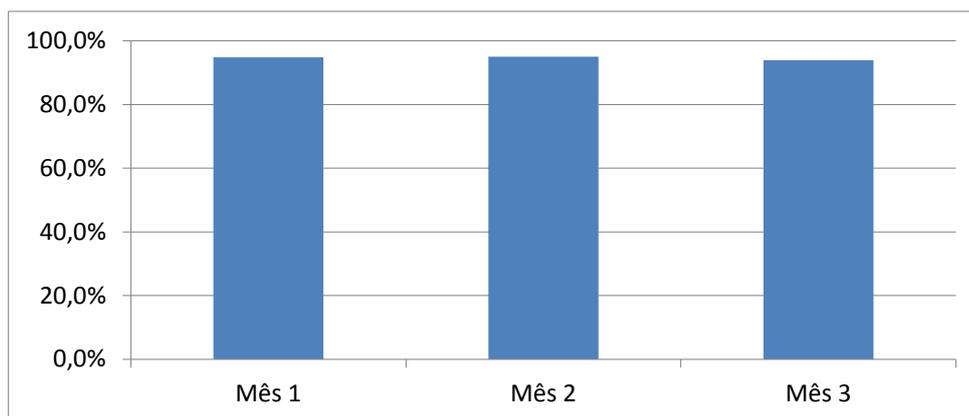


Figura 6: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia.

META 3.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 8: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo

Entre os usuários portadores de DIA cadastrados na intervenção 83 (94,3%) estavam com os exames complementares em dia, no primeiro mês de intervenção. Na sequência foi atingido 122 (93,8%) e 154 (95,1%) usuários, no segundo e terceiro mês, respectivamente (Figura 7).

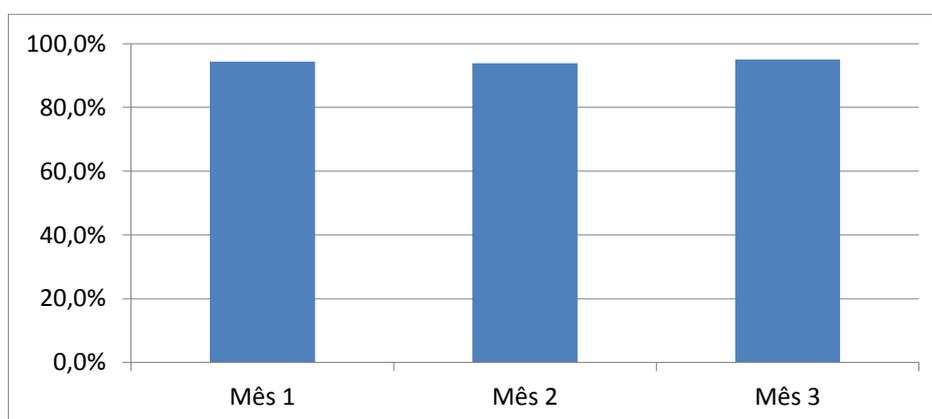


Figura 7: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia

Os exames complementares foram realizados numa proporção de acordo com as metas inicialmente propostas. Isso se deve a orientação aos pacientes em suas casas e na unidade sobre a importância de se realizarem os exames periodicamente.

META 3.5: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 9: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

META 3.6: Garantir a totalidade da prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 10: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Quanto à prescrição de medicamentos da farmácia popular, ao final da avaliação da intervenção o alcance foi inferior ao proposto de 100%, pois porcentagem variou de 83% a 87% de hipertensos com medicamentos da farmácia popular nos três meses e uma porcentagem variando de 70% a 78% de diabéticos com medicamentos da farmácia popular. Houve uma melhora significativa na atuação da administração municipal na ajuda aos usuários para a aquisição de medicamentos nas farmácias populares com ajuda de custo aos usuários, mesmo perante a situação difícil encontrada.

Quanto à prescrição de medicamentos da farmácia popular não foi atingida a meta proposta devido a alguns pacientes já virem usando remédios que não estavam na lista básica há alguns anos o que dificultou a troca destes medicamentos.

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

Indicador 11: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Indicador 12: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Nos três meses da intervenção alcançamos a meta de 575 (93,9%) portadores de HAS e 154 (95,1%) dos portadores de diabetes, com registros em dia no quarto mês de intervenção. Podemos acompanhar estes indicadores nas figuras 8 e 9.

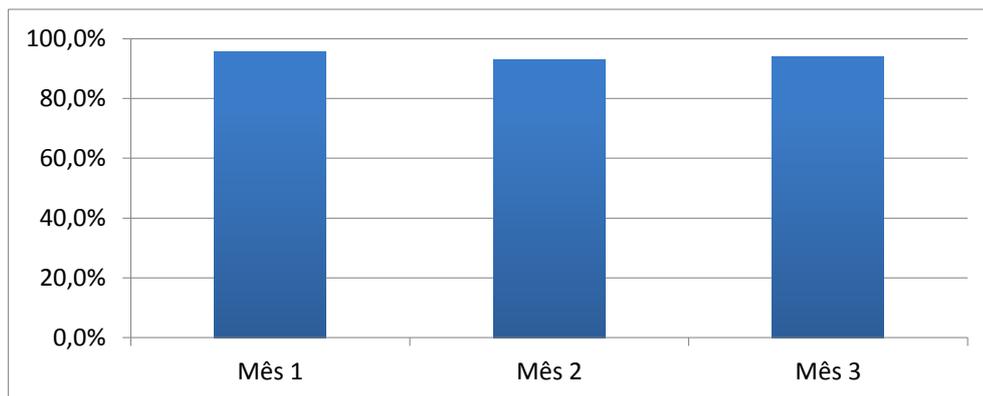


Figura 8: Proporção de hipertensos com registro adequado.

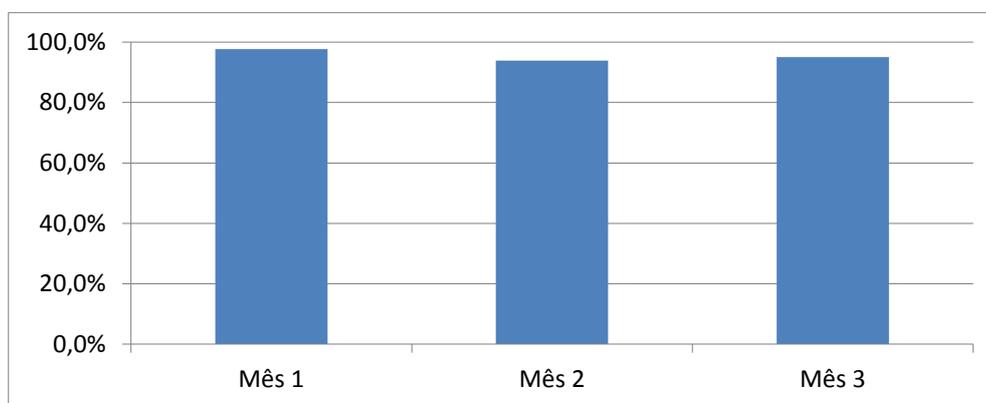


Figura 9: Proporção de diabéticos com registro adequado.

Dos pacientes que participaram da intervenção realizamos um registro adequado bem acima das metas propostas inicialmente, isso devido à disponibilidade dos profissionais médicos em preencher as fichas de cada paciente.

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

Indicador 13: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Outro objetivo traçado foi de mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular e como meta tracei realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde. Inicialmente a estratificação de risco foi realizada em 312 (95,7%) dos portadores de HAS, no segundo e terceiro mês foi alcançado 441 (94,8%) e 584 (95,7%) portadores de HAS, figura 10.

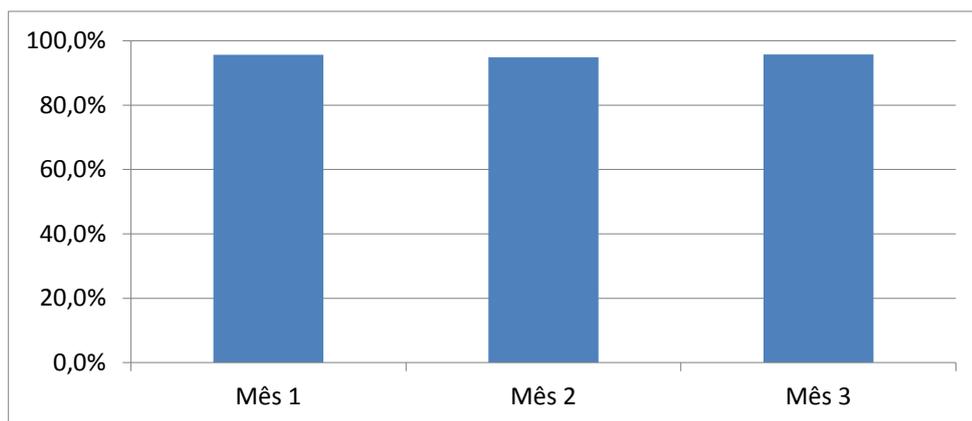


Figura 10: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

Indicador 14: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Neste indicador atingimos 83 (97,7%) usuários no primeiro mês. No segundo mês já eram 122 (93,8%) portadores de DIA com estratificação de risco e no terceiro mês alcançamos 154 (95,1%) usuários, porém nossa proporção apresentou pequeno declínio, devido ao número de usuários cadastrados, que ocorreu mais acelerado que a realização da estratificação de risco a cada mês.

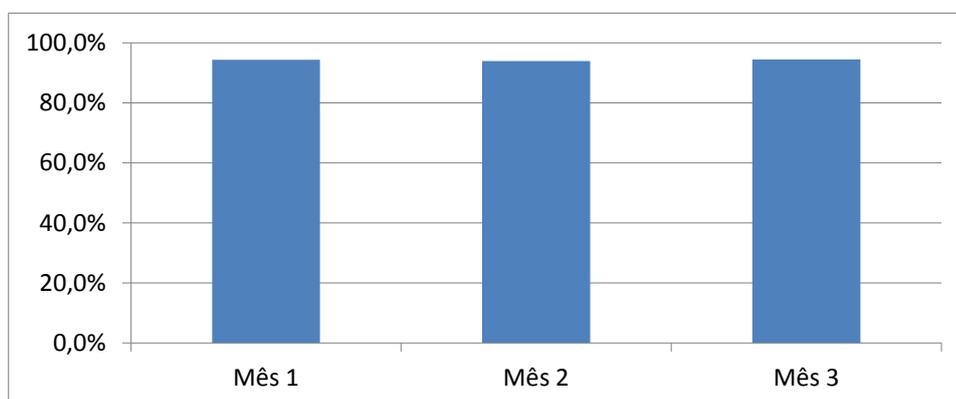


Figura 11: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Essa porcentagem demonstra que ficou acima do esperado para a meta inicialmente proposta.

A meta para realização de estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia em hipertensos e diabéticos foi alcançada devido à disponibilidade dos médicos em realizar com minuciosidade esse exame clínico e aos outros profissionais da unidade que se disponibilizaram a fazer busca ativa dos pacientes que estavam

em atraso no exame clínico em dia e encaminharam os pacientes para tal. Tivemos certa variação nas porcentagens no período avaliado devido ao aumento do número de usuários cadastrados e aos médicos da unidade não conseguirem acompanhar com a realização da estratificação de risco cardiovascular.

META 6.1: Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 15: Proporção de hipertensos com avaliação odontológica.

Neste indicador atingimos chegamos as metas no primeiro mês de intervenção 272 (83,4%) dos usuários portadores de HAS realizaram a avaliação odontológica. No segundo mês, a avaliação já tinha ocorrido em 383 (82,4%) e no último mês finalizamos com 518 (84,9%).

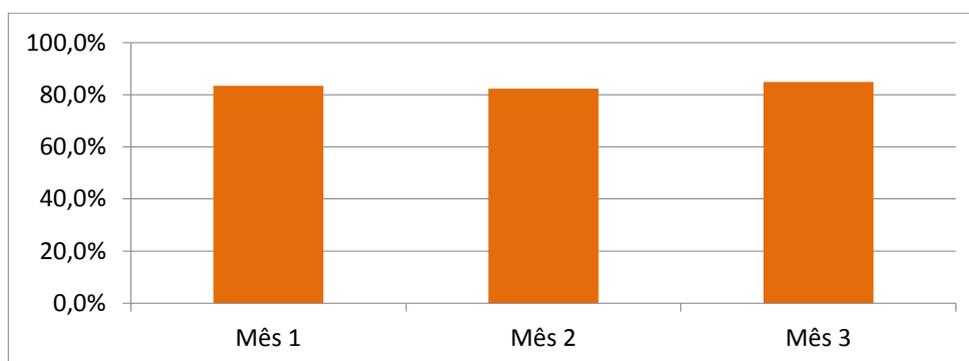


Figura 12: Proporção de hipertensos com avaliação adontológica.

META 6.2: Garantir avaliação odontológica a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 16: Proporção de diabéticos com avaliação odontológica.

A avaliação odontológica para os portadores de diabetes atingimos no primeiro mês 80 (90,9%) usuários e no segundo e terceiro mês alcançamos 119 (91,5%) e 148 (91,4%) portadores de DIA com avaliação odontológica em dia. Figura 13

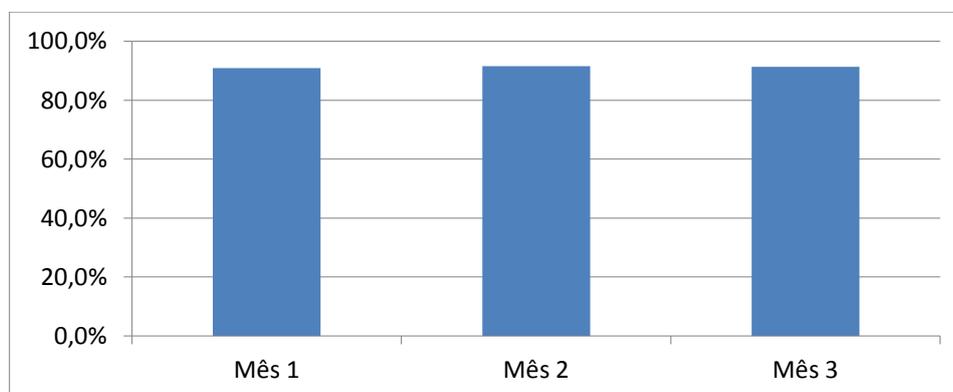


Figura 13: Proporção de diabéticos com avaliação adontológica.

As avaliações odontológicas foram feitas conforme as metas devido à disponibilidade dos dentistas em reservar atendimentos para os pacientes procedentes dos atendimentos ambulatoriais de onde foram encaminhados.

META 6.3: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos.

Indicador 17: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

A orientação nutricional sobre alimentação saudável ocorreu e ficou perto da meta proposta no projeto, alcançando 319 (97,9%) portadores de HAS no primeiro mês. No último mês foi atingido 597 usuários, mantendo a porcentagem de 97,9%.
Figura 14.

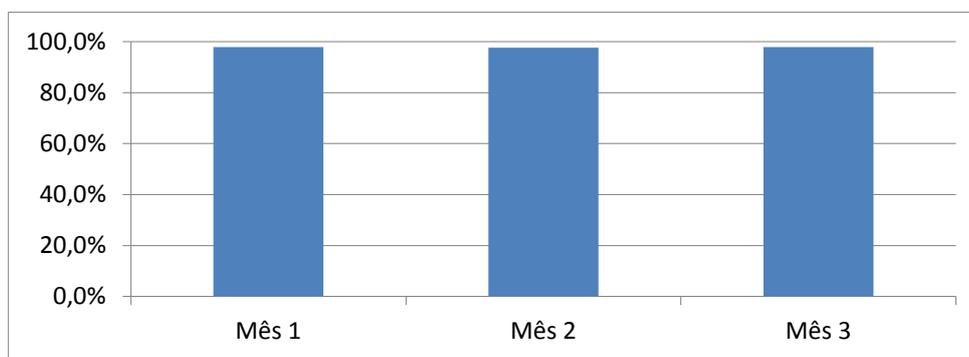


Figura 14: Proporção de hipertensos com orientação nutricional.

META 6.4: Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos.

Indicador 18: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Para os portadores de DIA a orientação nutricional ocorreu para 94 (95,5%) e 155 (95,7%) usuários, no primeiro e terceiro mês, respectivamente (Figura 15).

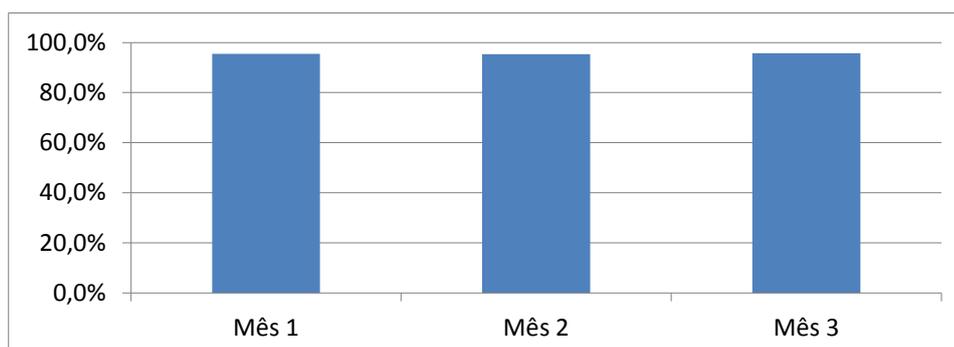


Figura 15: Proporção de diabéticos com orientação nutricional.

META 6.5: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 19: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática de atividade física regular.

A orientação sobre a prática de atividade física ficou perto da meta proposta e alcançou durante os meses de intervenção a proporção de 98,5%, representando em números absolutos por 321, 458 e 602 portadores de HAS do primeiro ao último mês de avaliação (Figura 16).

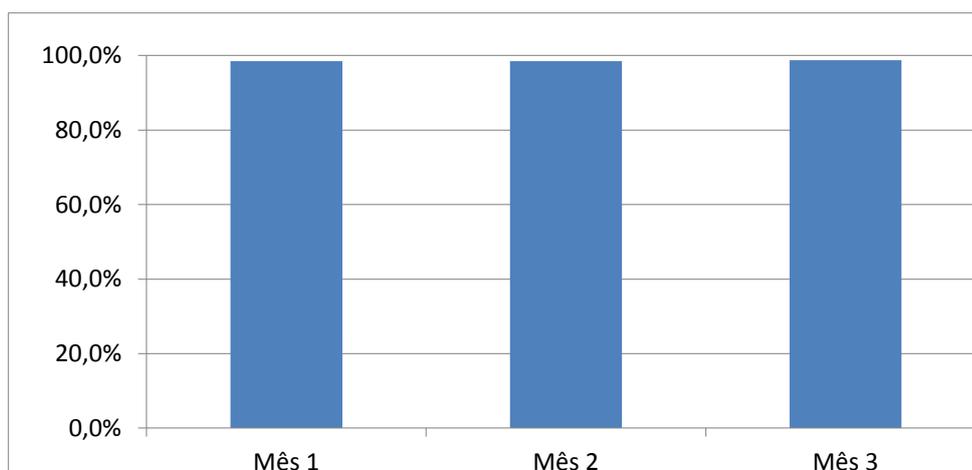


Figura 16: Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física.

META 6.6: Garantir orientação em relação à prática de atividade física regular a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 20: Proporção de diabéticos com orientação sobre prática de atividade física regular.

A orientação sobre a prática de atividade física ocorreu para 86 (97,7%) dos portadores de diabetes no primeiro mês. No segundo e terceiro aumentamos a proporção para 98% e tivemos 128 e 160 usuários orientados, respectivamente (Figura 17).

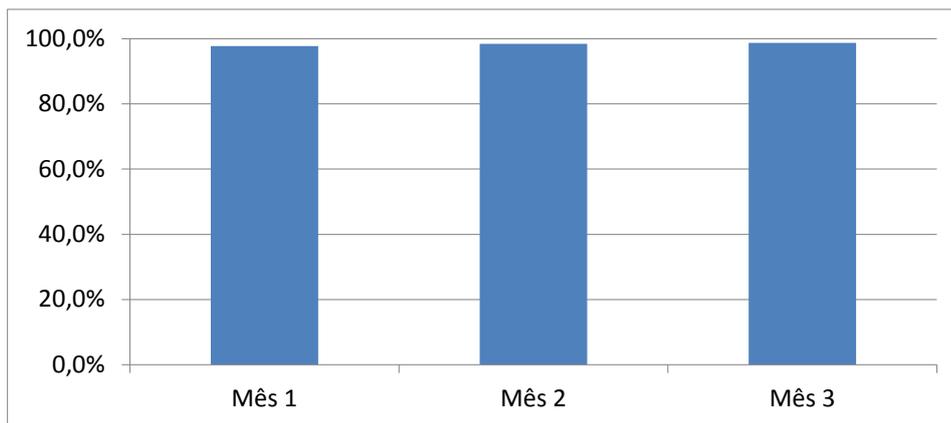


Figura 17: Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre a prática de atividade física.

META 6.7: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 21: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

A orientação sobre os riscos do tabagismo ocorreu para praticamente 100% dos portadores de HAS e atingimos no primeiro mês 324 (99,4%). No terceiro mês foram alcançados 605 (99,2%) usuários (Figura 18).

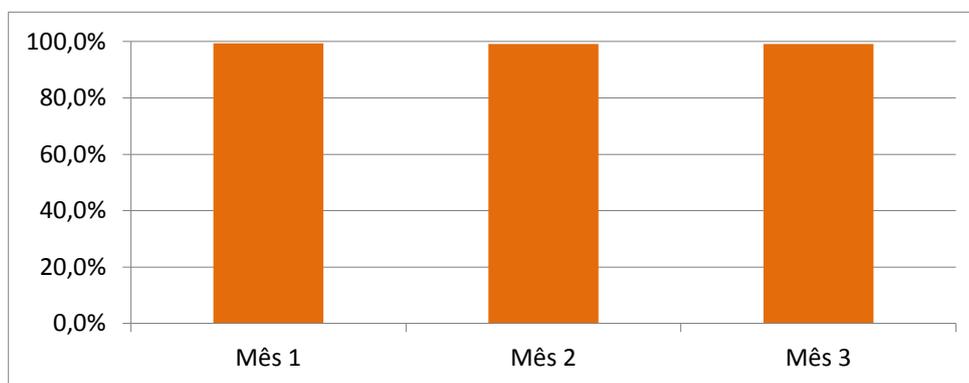


Figura 18: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 80% dos hipertensos.

Indicador 22: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Este indicador manteve uma proporção de 97% nos três meses de avaliação da intervenção, equivalente a 86 usuários no primeiro mês, 127 e 158 no segundo e terceiro mês (Figura 19).

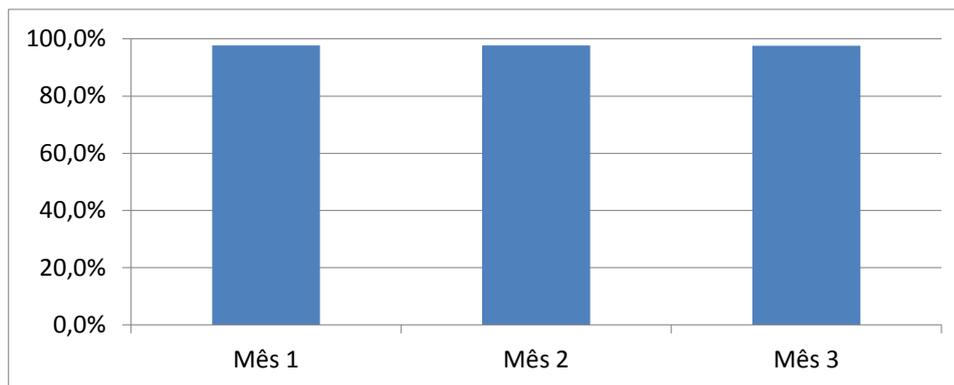


Figura 19: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 80% dos diabéticos.

As orientações aos pacientes hipertensos e diabéticos quanto a hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física regular e malefícios do tabagismo foram realizadas durante os atendimentos na unidade por quase toda a equipe da unidade. Além de disponibilizarmos folderes educativos na unidade e os ACS fazerem as orientações nas casas dos pacientes.

4.2 Discussão

Ao se fazer um resumo do que alcançamos com a intervenção como um todo me vem à memória todo o trabalho realizado desde a escolha do tema hipertensão e diabetes para a intervenção. Penso que em primeiro instante a escolha desse tema foi devido a grande proporção desses pacientes em minha unidade e que seria bom trabalhar com esses pacientes.

Alcançamos vários objetivos com a intervenção. Em primeiro lugar tive um apoio de grande parte dos profissionais da unidade que me ajudaram na intervenção. Foram três meses de muito trabalho e união de quem se dispôs a me ajudar.

Realizamos encontros de grupos onde foram discutidos sobre orientações aos pacientes hipertensos e diabéticos que seriam feitas durante o trabalho. Tive várias conversas com outros profissionais da unidade de maneira informal para que me ajudassem nas orientações como um todo a esses pacientes. Conversei com os outros médicos da unidade para que me ajudassem nos atendimentos e nas tarefas durante os três meses da intervenção.

Foi proveitoso e importante para a equipe esse trabalho já que os profissionais tiveram que se atualizar sobre as duas comorbidades trabalhadas (hipertensão e diabetes). Tive que conversar sobre como fazerem as orientações no âmbito da

unidade e atualizar os mesmos para que realizassem durante suas atividades cotidianas no posto. Fiz isso com as técnicas de enfermagem, enfermeiras, atendentes, farmacêutica, fisioterapeuta, nutricionista e até mesmos os médicos da unidade. Isso foi útil já que quase todos os pacientes que passaram na unidade durante esses três meses receberam essas orientações e pros profissionais foi de extrema importância já que vieram a se atualizar sobre esses temas. Tivemos as enfermeiras atuando nos registros dos pacientes hipertensos e diabéticos e nas atualizações sobre o HIPERDIA que será implantado no próximo ano além dos cadastramentos dos pacientes no SIAB. Couberam as agentes comunitárias de saúde a tarefa das visitas aos hipertensos e diabéticos em suas casas levando aos mesmas orientações sobre suas doenças e hábitos de vida saudáveis além de analisar os pacientes que estavam em atraso nas consultas e aqueles que não estavam tomando seus medicamentos corretamente para que os mesmos viessem às consultas para revisão. As técnicas de enfermagem realizaram as tarefas de aferição das TAs, controle dos níveis de HGTs e orientações aos pacientes enquanto realizavam essas tarefas.

Quanto ao serviço algumas coisas foram melhoradas no sentido dos atendimentos aos pacientes hipertensos e diabéticos. Anteriormente eles eram atendidos unicamente pelo médico, agora eles recebem orientações e atendimentos em quase todas as áreas da unidade, tanto as atendentes passando pelas agentes comunitárias de saúde até mesmo técnicas de enfermagem e enfermeira. Temos algumas priorizações nos atendimentos principalmente aqueles pacientes com atraso nas consultas de revisão e os que apresentam maiores risco cardiovasculares.

Quanto à importância da intervenção para a comunidade ainda há pouco conhecimento da intervenção na comunidade como um todo. De uma porcentagem grande de pacientes portadores de hipertensão e diabetes poucos participaram da intervenção. Demos prioridade nos atendimentos a esses pacientes, o gerando certa insatisfação a outros pacientes que tiveram que esperar fichas para atendimentos. Quem foi beneficiado com a intervenção gostaram dos atendimentos já que tiveram orientações de suas doenças e prioridade nas consultas.

Realizaria algumas coisas diferentes se iniciasse a intervenção nesse momento. Teria feito uma reunião mais aprofundada com a equipe para discutir os tópicos sobre minha intervenção com mais calma, tive que reunir uma parcela da equipe para essa discussão e ir conversando pessoalmente com cada integrante da

equipe. Acabei por não realizar um estudo aprofundado e atualizado sobre as duas comorbidades trabalhadas, sendo que realizei esse estudo durante o decorrer da intervenção. Agora que todos estão com conhecimento do meu trabalho e já estudei e orientei os profissionais da unidade como proceder com os pacientes portadores de hipertensão e diabetes ficará mais fácil continuar com a intervenção.

Em relação à viabilidade de incorporar a intervenção à rotina do serviço temos totais condições de continuar realizando as atividades na unidade. O que já está sendo realizado como os atendimentos médicos, odontológicos, nutricionais e de enfermagem permanece na unidade além das vistas domiciliares realizadas pelo ACS com busca ativa dos faltosos e orientações sobre um melhor estilo de vida. Acredito que com a inserção do HIPERDIA na unidade será mais fácil de implantar atualizações aos pacientes hipertensos e diabéticos. Conforme conversa com a gestora municipal pretendo conseguir recursos para fazermos folderes sobre as respectivas doenças trabalhadas e as consequências do não tratamento corretamente além de realizar palestras com grupos de idosos e nas comunidades interioranas sobre tal tema.

Realizarei como próximos passos palestras e organizarei folderes educativas para os pacientes hipertensos e diabéticos. Tentarei implantar para os outros médicos da unidade um atendimento diferencial aqueles pacientes com maiores riscos cardiovasculares ao menos um turno semanal. Farei visitas domiciliares aos pacientes impossibilitados de se deslocarem até a unidade e que se encontram em atraso nas consultas de revisão e medicamentos desatualizados.

4.3 Relatório da intervenção para o gestor

Venho por meio deste relatório comunicar a gestora municipal de saúde sobre o trabalho de intervenção realizado nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2013 na UBS de nosso município para os usuários que apresentam HAS e DM.

Esse trabalho foi parte do curso Especialização em Saúde da Família realizado no ano de 2013. Realizei esse trabalho devido a grande população de hipertensos e diabéticos na UBS do município de Planalto e a falta de ações programáticas a essa parte da população.

Foi um projeto que inicialmente fiquei bastante receoso devido ao grande número de pacientes hipertensos e diabéticos. O projeto teria de ter apoio de grande parte dos profissionais da unidade o que me deixou com medo de não receber ajuda.

Realizei inicialmente uma reunião com parte da equipe da unidade expondo o projeto e as ações que pretendia realizar assim como as metas propostas. Surpreendi-me com a recepção dos colegas de trabalho e a disponibilidade de me ajudas nas ações.

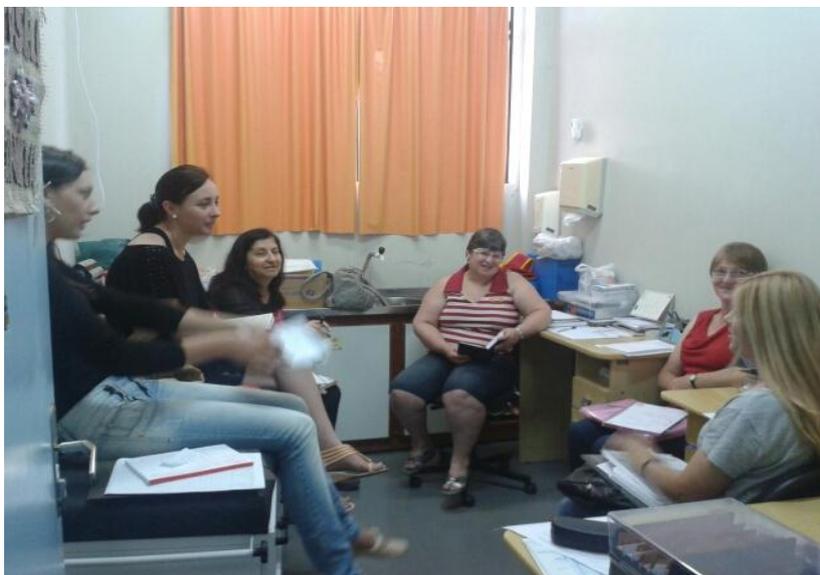


Figura 20 - Reunião com a equipe.

Utilizei no trabalho de Intervenção os protocolos do Ministério da Saúde ao atendimento da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabete Mellitus (DM), que se encontram descritos nos Cadernos de Atenção Básica de número 15 e 16 (BRASIL, 2006).

Foram 12 semanas onde realizamos muitas atividades para melhorar os atendimentos dos hipertensos e diabéticos na unidade.

Realizamos capacitação com os ACS sobre HAS e DM além de orientações a esses profissionais sobre a realização de busca ativa nas casas dos pacientes e orientações sobre suas doenças. Exponho isso na figura abaixo.



Figura 21 - Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde.

Apresentamos uma melhora dos registros que a partir desse projeto de intervenção onde as enfermeiras passaram a fazer esses registros no SIAB com mais exatidão e clareza.



Figura 22 - Cadastramento dos usuários.

Foram realizadas nesse período várias discussões sobre HAS e DM além de orientação aos profissionais da unidade sobre essas doenças e suas repercussões e como dar essa orientação corretamente. Essas orientações foram bastante proveitosas pela equipe que se empenhou em se atualizar e saber um pouco mais

sobre essas duas comorbidades. Exponho na figura abaixo uma atualização aos ACS sobre alimentação saudável e prática de atividade física regular.



Figura 23 - Palestras com nutricionista e educador físico.

Comunico a gestora municipal ao final do curso o quanto gratificante foi a realização desse projeto de intervenção a esses pacientes que estavam tão carentes de ações que visam a uma melhora nos seus atendimentos. Os usuários que participaram da intervenção ficaram satisfeitos com as ações expostas e atendimentos.

Ao final apresentamos bons resultados apesar do pouco tempo e da pouca população abrangida pelo programa, ao final atingimos 610 hipertensos que perfizeram 30,3% dos hipertensos da unidade e 162 diabéticos que ficou em torno de 28,2% dos usuários da unidade.

Ao final apresentamos bons resultados em todas as metas propostas inicialmente, como melhora na adesão do hipertenso e diabético ao programa, melhora na qualidade do atendimento ao paciente hipertenso e diabético realizado na unidade de saúde, melhora no registro das informações, mapeamento de hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular feitos com exatidão e promoção da saúde.

Tivemos muitos bons resultados nessas 12 semanas de intervenção, em torno de 97% dos pacientes hipertensos e diabéticos que participaram da intervenção recebendo orientações sobre suas doenças e sobre mudança do estilo de vida. Conseguimos também trazer em torno de 85% dos pacientes faltosos as consultas e

que apresentavam medicamentos desatualizados para o consultório. Realizamos com entusiasmo atualizações dos profissionais da unidade sobre hipertensão e diabetes e sobre estilo de vida saudável. Realizamos uma quantidade superior a 500 atendimentos ambulatoriais de pacientes hipertensos e diabéticos que se apresentavam com suas doenças descompensadas com ajustes dos medicamentos e reorientações aos mesmos.

Finalizo agradecendo o apoio da secretaria municipal ao meu curso e a realização dessa intervenção que trouxe um maior crescimento pessoal e profissional e todos que participaram das atividades.

4.4 Relatório da Intervenção para a comunidade

Venho por meio deste relatório expor para a comunidade de Planalto a realização de um trabalho de intervenção a pacientes hipertensos e diabéticos realizado nos meses de outubro, novembro e dezembro de 2013.

Desde que comecei meu trabalho no município de Planalto no início de 2013 percebi a grande quantidade de usuários portadores de HAS e DM que faziam acompanhamento na UBS. Também observei que essa parte da população estava desassistida de ações de promoção de saúde sobre suas doenças. Percebendo essa falta de assistência e de ações a esses pacientes que tive a iniciativa de realizar esse trabalho com perspectiva de melhora no atendimento a esses usuários.

Esse trabalho foi realizado em conjunto com toda a UBS de Planalto e foi realizado com muito entusiasmo desde o início e ajuda de grande parte dos profissionais da unidade.

Inicialmente propomos metas de melhorias nos atendimentos a esses usuários em várias áreas, como por exemplo, orientação sobre riscos do tabagismo e solicitação de exames complementares em dia de acordo com protocolo.

No decorrer das 12 semanas do trabalho de intervenção tivemos muitas conquistas que foram uteis aos hipertensos e diabéticos. Foram reservadas fichas de atendimento a esses pacientes tanto para o médico como para dentistas para atualização da consulta clínica e exames complementares. Iniciamos nesse período a realização de grupos de hipertensos e diabéticos onde os mesmos foram orientados sobre suas comorbidades, uso correto dos medicamentos e orientados sobre prática de atividade física regular e alimentação saudável.

Exponho para a comunidade a importância desse trabalho com os resultados convincentes que tivemos ao final do trabalho. Tivemos muitos usuários que foram descobertos com HAS e DM através da busca de verificação regular da PA e HGT. Muitos usuários da UBS Planalto relataram que eram bastante instrutivas as orientações dadas em sala de espera e nas próprias localidades dos mesmos sobre hábitos saudáveis de vida que devem ser seguidos em pacientes com HAS e DM.

A intervenção em si não terminou no final do trabalho em dezembro. Continuamos após essa data com a realização das ações a hipertensos e diabéticos. Continuamos com os grupos de hipertensos e diabéticos realizados a cada quatro meses. São feitas buscas ativas diárias por parte das ACS nas localidades dos pacientes com orientações e acompanhamento sobre uso dos medicamentos corretamente, exames complementares em dia e promoção da saúde. Também continuaram a ser feitas após a intervenção educação em sala de espera com orientações sobre riscos do tabagismo.

Exponho algumas fotos do nosso trabalho nesses três meses.



Figura 24 - Visita domiciliar.
Foto tirada por ACS durante busca ativa à usuária faltosa.



Figura 25 - Consulta e orientação médica.

Aqui apresento uma figura de uma paciente que participou do trabalho que estava com medicamentos desatualizados e exames atrasados que foi encaminhado para consulta após visita domiciliar realizada pela ACS.



Figura 26 - Orientação em sala de espera.



Figura 27 - Orientação em sala de espera.

Acima estão duas fotos tiradas na sala de espera para consulta onde apresentamos profissionais da UBS orientando pacientes sobre riscos do diabetes e da HAS mal controlados, além de orientação sobre atividade física regular, malefícios do tabagismo e alimentação saudável.



Figura 28 - Grupo de hipertensos e diabéticos.



Figura 29 - Reunião com usuários hipertensos e diabéticos.

Apresentei duas fotos de reuniões realizadas durante o trabalho de intervenção com os pacientes hipertensos e diabéticos. Trabalhos em grupo sobre temas diversos sobre HAS e DM, além de reavaliar medicamentos usados pelos mesmos e atraso nos exames complementares. Foram reuniões bastante proveitosas em que tivemos bons resultados já que muitos estavam em atraso com exames complementares e usando medicamentos incorretamente sendo que ajustamos os mesmos. Os pacientes que participaram ficaram satisfeitos com as orientações dadas.

Comento a vocês que estamos continuando com as tarefas na unidade através de busca ativa dos pacientes em suas localidades, orientações no âmbito da unidade básica, realização de grupos de hipertensos e diabéticos a cada três meses para reavaliação dos mesmos e de seus medicamentos.

5 Reflexão crítica sobre seu processo pessoal de aprendizagem

Ao falar sobre o desenvolvimento do meu trabalho muitas coisas acabo por ficar recordando.

Primeiramente comentarei sobre minhas expectativas iniciais em relação ao curso. Sempre gostei de desafios e de buscar coisas novas, fiz isso durante toda minha formação sendo algo que me instiga e estimula. Confesso que inicialmente, assim como tudo que é novo em nossas vidas, fiquei receoso sobre como seria o curso em si e preocupado se conseguiria dar conta de realizar o curso com dedicação já que minha carga horária de trabalho é bastante desgastante. Claro que assim como fiquei receoso também tive bastante entusiasmo para iniciar o curso e realizar as tarefas de cada semana criando certa expectativa por me atualizar e acrescentar conhecimento a minha profissão.

O curso foi essencial para minha prática clínica já que estudei sobre diversos temas durante em várias etapas do curso em si. Tive que resolver casos clínicos de várias áreas sempre com respostas comentadas e bibliografias atualizadas referentes ao tema em questão, isso foi útil para rever sobre o tema na literatura e manter-me atualizado. Com as provas que realizei durante o curso tive que reestudar vários temas de diversas áreas de atuação como pediatria, clínica médica, ginecologia, por exemplo, dos quais errei questões durante a realização dessas provas.

Trabalhar em estratégia da família remete a ter conhecimento sobre como funciona o SUS e sobre o trabalho realizado em unidade de saúde. Como ano passado foi meu primeiro ano depois de formado no início tive muitas dificuldades quanto a como encarar a estratégia de família de uma forma mais prazerosa e que me facilitasse meu trabalho. Através do curso tive contato com outras realidades de trabalho e com profissionais que já trabalhavam há algum tempo em saúde da família e tive troca de experiências facilitando minha atuação na unidade. Além do mais tive

que estudar sobre o SUS e a realidade da unidade básica em geral. Outro ponto muito importante pra mim foi o link sobre dúvidas clínicas que me ajudaram a buscar novas literaturas e tirar dúvidas sobre determinados casos clínicos da minha unidade.

Sobre o trabalho realizado na intervenção também tive um acréscimo muito grande na minha prática profissional. Realizei um estudo aprofundado sobre o tema hipertensão e diabetes desde a introdução, diagnóstico até o tratamento, revi os cadernos de hipertensão e diabetes do ministério da saúde. Com isso tive um amplo conhecimento sobre essas doenças o que me permitiu um atendimento diferenciado e com melhor atenção a esses pacientes. Quanto ao trabalho de intervenção em si e as mudanças provenientes do mesmo na unidade tive um acréscimo importante nas atividades do dia-a-dia e no atendimento desses usuários.

Bibliografia

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 15: Hipertensão Arterial Sistêmica**. Ministério da Saúde, Brasília – DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica nº 16: Diabetes Mellitus**. Ministério da Saúde; Brasília – DF, 2006.

GROSS, Jorge Luiz. **Detecção e Tratamento das Complicações Crônicas do Diabete Melito**. Consenso Brasileiro. Sociedade Brasileira de Diabetes e Conselho Brasileiro de Oftalmologia. São Paulo, 1999.

Sociedade Brasileira de Cardiologia. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão**. Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2013.

<http://www.onu.org.br/hipertensao-diabetes-e-obesidade-estao-em-drastica-ascensao-no-mundo-diz-relatorio-da-oms/>

Anexos

Anexo A - Folha de Aprovação no Comitê de Ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Pro^fa 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

Anexo D - Ficha Espelho

Data do ingresso no programa ___ / ___ / ___

Número do Prontuário: _____

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 Tem HAS e DM? () Sim () Não

Está cadastrado no HIPERDIA? () Sim () Não

Há quanto tempo tem: HAS? _____ DM? _____ HAS e DM? _____ Estatura:

_____ cm Perímetro Braquial: _____ cm

Medicações de uso contínuo

Data

Apresentação

Hidroclorotiazida 25mg

Captopril 25mg

Propranolol 40 mg

Enalapril 10 mg

Atenolol 25 mg

Metformina 500 mg

Metformina 850 mg

Glibenclamida 5mg

Insulina NPH

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