

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma 7**



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos, na Unidade
Básica Avançada de Saúde Dirceu Arcoverde, Vila Nova do Piauí/PI**

Argelio Hernández Pupo

Pelotas, 2015

Argelio Hernández Pupo

**Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos, na Unidade
Básica Avançada de Saúde Dirceu Arcoverde, Vila Nova do Piauí/PI**

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

Orientadora: Cleusa Marfiza Guimarães Jaccottet

Pelotas, 2015

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

H557m Hernández Pupo , Argelio

Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos, na Unidade Básica Avançada de Saúde Dirceu Arcoverde, Vila Nova do Piauí/PI / Argelio Hernández Pupo; Cleusa Marfiza Guimarães Jaccottet, orientadora. – Pelotas: UFPeL, 2015.

79 f. : il.

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

1. Saúde da Família 2. Atenção Primária à Saúde 3. Doença Crônica 4. Diabetes Mellitus 5. Hipertensão I. Jaccottet , Cleusa Marfiza Guimarães, orient. II. Título

CDD 362.14

Elaborada por Sabrina Martins Andrade CRB: 10/2371

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus queridos filhos, Elizabeth e Ernesto, razões do meu viver;

À minha esposa Madelín, o grande amor da minha vida;

Aos meus pais Amparo e Argelio, pelo exemplo de vida e sabedoria;

Aos Governos de Brasil e Cuba, que através do Programa Mais Médicos, me propiciaram ajudar a melhorar a qualidade de vida do povo brasileiro.

Agradecimentos

Primeiramente a Deus por me permitir estar cercado de pessoas boas, comprometidas, e que me amam, pois sem elas jamais conseguiria realizar e concluir este projeto de vida;

A minha orientadora Cleusa Marfiza Guimarães Jaccottet, pela sensibilidade, pelo carinho e apoio intelectual;

A Alexandra da Rosa Martins, minha primeira orientadora, pela transmissão de conhecimento;

A toda equipe da Saúde em Vila Nova do Piauí;

A todos que de alguma maneira se fizeram presentes e contribuíram para a realização do Curso de Especialização em Saúde da Família.

Resumo

HERNANDEZ PUPO, Argelio. **Melhoria da atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos, na Unidade Básica Avançada de Saúde Dirceu Arcoverde, Vila Nova do Piauí/PI**, 2015. 79 fls. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e a Diabetes Mellitus fazem parte de uma classe de doenças crônicas não transmissíveis e são responsáveis pelas maiores taxas de morbidade e mortalidade no país. A partir da realização da análise situacional verificou-se que estas doenças não estavam sendo controladas de acordo com as normas do Ministério da Saúde do Brasil, o que motivou a realização de ações para melhorar a atenção à saúde dos usuários com HAS e DM. Realizou-se uma intervenção, durante o período de março a maio de 2015 visando a melhoria da atenção à saúde de hipertensos e/ou diabéticos, na Unidade Básica Avançada de Saúde Dirceu Arcoverde, Vila Nova do Piauí/PI, baseada nos Cadernos de Atenção Básica de HAS e DM do Ministério da Saúde. Foram desenvolvidas ações de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica, que permitiram ampliar a cobertura do programa de atenção aos hipertensos e diabéticos. Cadastramos 347 (100%) hipertensos e 54 (100%) diabéticos da nossa área. Em 69,7% dos hipertensos e 79,6% dos diabéticos cadastrados foi realizado o exame clínico apropriado e avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Em 95,8 % dos hipertensos e 97,2 % dos diabéticos a prescrição de medicamentos foi da farmácia popular e 100 % dos usuários ficaram com registro adequado na ficha de acompanhamento. Realizou-se a estratificação do risco cardiovascular em 79,6 % dos diabéticos e em 69,7 % dos hipertensos. Foi garantida orientação sobre, alimentação saudável, prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal a 69,7 % dos usuários hipertensos e 79,6 % dos diabéticos. Com a intervenção melhorou a qualidade da atenção ao usuário com HAS e DM aumentando a satisfação pelos serviços prestados por nossa equipe que esta mais capacitada e motivada a incorporar a intervenção na rotina do serviço.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia - Reunião da ESF	49
Figura 2	Fotografia – Reunião com ACS e secretaria de saúde municipal.	50
Figura 3	Fotografia - Visita domiciliar da Equipe ESF	
Figura 4	Fotografia - Ações de Educação em Saúde para pacientes do grupo HIPERDIA	52
Figura 5	Fotografia -Acompanhamento odontológico pela ESB.	55
Figura 6	Gráfico 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso	58
Figura 7	Gráfico 2. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia	59
Figura 8	Gráfico3. Proporção de hipertensos com o exame complementares em dia.	60
Figura 9	Gráfico 4. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS	62
Figura 10	Gráfico 5. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular	65
Figura 11	Gráfico 6. Proporção de hipertensos com orientação nutricional.	66
Figura 12	Gráfico 7. Proporção de hipertensos com orientação em relação à prática regular de atividade física	67
Figura 13	Gráfico 8. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo	69
Figura 14	Gráfico 9. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal	70
Figura 15	Gráfico 10. Proporção de com orientação sobre higiene bucal	70

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente Comunitário da Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CLIMULHER	Clínica de Saúde da Mulher
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia Saúde da Família
UBAS	Unidade Básica Avançada em Saúde

Sumário

Apresentação

1	Análise Situacional	11
1.1	Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	11
1.2	Relatório da Análise Situacional	12
1.3	Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	13
2	Análise Estratégica	20
2.1	Justificativa	20
2.2	Objetivos e metas	22
2.2.1	Objetivo geral	22
2.2.2	Objetivos específicos e metas	22
2.3	Metodologia	23
2.3.1	Detalhamento das ações	24
2.3.2	Indicadores	36
2.3.3	Logística	40
2.3.4	Cronograma	44
3	Relatório da Intervenção	45
3.1	Ações previstas e desenvolvidas	46
3.2	Ações previstas e não desenvolvidas	49
3.3	Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	50 50
3.4	Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	51
4	Avaliação da intervenção	52
4.1	Resultados	53
4.2	Discussão	66
5	Relatório da intervenção para gestores	70
6	Relatório da Intervenção para a comunidade	72
7	Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	73
	Referências	76
	Apêndice.....	77
	Anexos	78

Apresentação

Este volume apresenta o relato da intervenção para a melhoria da atenção aos usuários com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) realizada na Unidade Básica Avançada de Saúde (UBAS) Dirceu Arcoverde, Vila Nova do Piauí, no estado do Piauí, e teve como objetivo geral melhorar a atenção aos usuários com hipertensão arterial e /ou diabetes da área de cobertura da UBAS.

Está organizado em capítulos assim distribuídos, apresenta a Análise situacional que abrange o relatório da Análise Situacional com a descrição dos principais problemas encontrados na UBAS, assim como o funcionamento da mesma na sua rotina de trabalho. A Análise estratégica - Projeto de intervenção, o Relatório da intervenção, os Resultados e os Relatórios da intervenção para os gestores e para a comunidade, e por fim, a reflexão crítica do processo de aprendizagem durante a realização da intervenção.

1. Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

Eu trabalho no município Vila Nova do Piauí do estado Piauí. Este município tem, em sua estrutura, uma equipe de saúde completa.

Nossa população é rural em sua maioria, mas temos usuários cadastrados que vivem na sede do município. Para atender a nossa população, temos quatro unidades de saúde, uma delas na cidade e outras em uma das localidades rurais.

A Unidade Básica Avançada de Saúde (UBAS) da cidade tem todos os equipamentos requeridos, boas condições para consulta médica, tem uma sala de consulta para a enfermeira e para o dentista, além disso, tem uma farmácia com os medicamentos mais empregados no tratamento das doenças crônicas não transmissíveis e outras doenças frequentes na população, mas não é suficiente.

Nossa equipe faz o planejamento de trabalho todos os meses com a participação de todos os membros. Temos destinadas duas seções semanais à visita domiciliar, temos feito muitas visitas às pessoas com doenças crônicas, as quais não podem ser atendidas na unidade. Temos duas seções para o atendimento de usuários com doenças crônicas não transmissíveis principalmente, Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).

Planejamos as consultas às usuárias grávidas e a puericultura. Além de planejar as atividades e trabalhar, penso que ainda não somos uma verdadeira equipe e que temos que trabalhar mais juntos, pois algumas atividades são feitas por membros da equipe isoladamente, ainda necessitamos planejar mais ações encaminhadas à promoção e prevenção das doenças transmissíveis e não transmissíveis.

Em Cuba, na Atenção Primária à Saúde (APS), apesar de haver semelhanças com a APS do Brasil, as equipes trabalham mais unidas, todos os membros da equipe têm responsabilidades e tarefas a fazer, mas a maioria das ações de promoção e prevenção são feitas em equipe e com a participação da comunidade e outros setores da sociedade.

Uma das dificuldades que temos em nossa unidade é com os exames complementares, visto que os resultados são recebidos muitos dias depois de realizados, têm vezes que demoram mais de 15 dias. Em razão disso, muitos usuários procuram os serviços privados devido à demora na realização dos exames.

Temos dificuldades também com o encaminhamento dos usuários ao nível secundário para avaliação com outros especialistas, visto que estas são muito demoradas, não temos contrarreferência das consultas, muitos usuários tem que pagar especialistas que trabalham em clínicas privadas com o custo muito alto.

Outra dificuldade que apresentamos em nossa equipe é que uma unidade de saúde da localidade rural não está concluída, pois segundo a Secretaria de saúde faltam equipamentos. Por não ter a unidade da localidade rural concluída, os usuários dessas comunidades não são assistidos adequadamente, e como muitos deles não visitam a unidade da cidade, nossa equipe tem realizado visitas domiciliares aos usuários que mais tem precisado do atendimento.

Eu tenho muita fé em que pouco a pouco nossa equipe resolva todas as dificuldades, para oferecer melhor atendimento a nossos pacientes.

1.2. Relatório da Análise Situacional

O município de Vila Nova do Piauí está localizado no estado de Piauí. É um município de pequeno porte com 3.076 habitantes. Tem uma Unidade Básica Avançada de Saúde (UBAS), com Estratégia de Saúde da Família (ESF), e três UBS com modelo tradicional. Dispõe de um Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF). O município não conta com serviços hospitalares e os exames complementares são realizados por um serviço privado, conveniado com a Secretaria de Saúde. Possuímos o atendimento da CLIMULHER (Clínica de Saúde da Mulher) e do CAPS (Centro de Atenção Psicossocial).

A Unidade Básica Avançada de Saúde está vinculada à Prefeitura de Vila Nova do Piauí, ela foi construída para essas funções, localiza-se na Rua Anésia Laura De Sousa, Bairro Ulisses Guimarães em Vila Nova do Piauí.

Essa unidade está funcionando há cerca de seis meses, com dois turnos de atendimentos de segunda feira a sexta feira, sua área geográfica de abrangência está definida, a data da última atualização do mapa da área de abrangência foi no ano de 2013 junto com atualização da população de 3076 habitantes. A UBAS é urbana, com o modelo de atenção de ESF, tem vínculo estreito com o SUS, não existe vínculo com instituições de ensino. Atualmente existe uma equipe de Saúde da Família formada por um médico, uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e oito ACS (Agentes Comunitários de Saúde). Recebe apoio de Núcleo de Apoio à Saúde da Família, composto por Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista e

Psicóloga que apoia as principais áreas estratégica que apoiam são: alimentação e nutrição, atividades físicas e práticas corporais, reabilitação e saúde integral da pessoa idosa, saúde mental, serviço social.

Esta UBAS estruturalmente é formada por uma recepção, três consultórios destinados às consultas médicas, sala de vacina e de nebulização, consultas de enfermagem e acolhimento, uma sala de curativos e procedimentos, uma cozinha, cinco banheiros, um consultório de odontologia e para o protético. Como se pode perceber, ainda faltam algumas questões ligadas à estrutura da UBAS, pois embora tenha sido inaugurada esse ano, temos deficiências que podem afetar a qualidade do serviço e o atendimento da população. Um exemplo disso é que não possuímos sala para ACS, sala para reuniões e educação em saúde. A equipe realiza suas tarefas em condições inadequadas, o que interfere no bom desempenho e desenvolvimento dessas ações.

Quanto ao processo de trabalho e atribuições da equipe, na UBAS temos identificados grupos, famílias e pacientes expostos a riscos. Os grupos de agravos são o da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), Diabetes Mellitus (DM), Hanseníase, entre outros. Temos sinalização dos equipamentos sociais (Comércios Locais, Escolas e Igrejas) e das redes sociais (Associação de Moradores e Idosos). Realizamos os cuidados de saúde na UBAS, nos domicílios e nas escolas, além disso, fazemos atendimentos de urgência e emergência. Realizamos atividades de educação em saúde e cuidados na promoção, prevenção, orientação, diagnóstico, tratamento, reabilitação, acompanhamento e revisão dos problemas de saúde.

Com relação à referência e contra referência para atenção especializada, utilizamos os protocolos para todos os encaminhamentos. Fizemos reuniões com a equipe mensalmente onde conversamos sobre construção da agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, discussão de casos, qualificação clínica, planejamento das ações, controle e análise de indicadores e informações em saúde. Com respeito aos encaminhamentos para as consultas especializadas, temos na unidade de saúde um local de marcação que, em combinação com a central de agendamentos, nos permite um atendimento mais rápido das consultas com mais urgência e assim diminui as listas de espera. Realizamos o planejamento das ações, escutamos em equipe novas propostas para organizar o trabalho e responder as demandas da população. Realizamos palestras com a participação comunitária dando orientações, conselhos, escutando as pessoas para assim ter conhecimento

dos principais problemas e trabalhar na base da sua melhoria. O trabalho da equipe é reconhecer as necessidades de saúde da população e tratar de dar solução ou buscar alternativas aos problemas com responsabilidade.

O município de Vila Nova do Piauí tem uma população de 3076 habitantes. A distribuição da população por sexo e faixa etária é estimada com base na distribuição brasileira. Nossa UBS conta com um total de 1.576 homens (51%) e 1.500 mulheres (49%), as quais ficam distribuídas similarmente por idade e faixa etária.

A atenção à demanda espontânea é de grande relevância para a Atenção Básica em Saúde, e o acolhimento é uma parte fundamental do atendimento, por isso é muito importante que o acolhimento seja feito de uma forma humanizada, onde se valorize a escuta e as necessidades de cada paciente, para assim ter um atendimento resolutivo, com priorização de acordo com as necessidades.

Dessa forma, é importante envolver a equipe no processo da escuta qualificada, para avaliar as necessidades de cuidados imediatos, identificar as vulnerabilidades individuais ou coletivas, e assim facilitar os primeiros cuidados, através da classificação de risco para definir as prioridades de cuidados e organização da demanda. A população está muito mais satisfeita com a organização do atendimento.

O acolhimento da população é feito na recepção porque nossas UBAS não tem sala específica para realizar o acolhimento. A escuta dos problemas dos usuários é complicada e não se faz da forma adequada. O acolhimento é sempre feito por uma técnica de enfermagem, e das modelagens de acolhimento expostos no caderno do ministério o mais semelhante ao acolhimento que se faz em nossa unidade é o acolhimento do dia, porque sempre é feito pela técnica de enfermagem, o médico, a enfermeira e o dentista ficam na retaguarda.

Geralmente em nossa UBAS não temos muitos problemas com excesso de demanda dos usuários, que chegam a nossa Unidade e são atendidos. Quando existe excesso de demanda e o usuário não tem uma doença urgente, ele é agendado para o dia seguinte e algumas vezes pela enfermeira. Mas as enfermeiras atendem prioritariamente consultas planejadas como puericultura, atenção pré-natal, exame de prevenção, de problemas não agudos. Em minha opinião, penso que as enfermeiras podem fazer mais consultas de doenças agudas.

Quanto à Atenção ao Pré-Natal, esta ação é muito importante para diminuir a morbidade e mortalidade materno-infantil. O objetivo da nossa ESF com relação ao cuidado com as gestantes é fazer uma captação no primeiro trimestre das gestações, avaliar, acompanhar, detectar riscos, tratar afecções. Também se procura encaminhar as pacientes que necessitam, em tempo adequado e da melhor forma possível, para assegurar o desenvolvimento adequado da gravidez, procurando uma gestação e um parto com as menores complicações possíveis para garantir a saúde do recém-nascido.

Para tanto, considero que o trabalho multiprofissional da equipe de saúde é muito importante, porque além de ofertar o atendimento obstétrico, a equipe deve orientar a gestante de como eliminar ou modificar, se for possível, os fatores de risco que podem afetar a gestação. Também realizamos atividades educativas para falar sobre uma alimentação saudável, aleitamento materno, saúde bucal, e outras temáticas de muito importante para o bem-estar das gestantes. Garantir a consulta, exame odontológico e acompanhamento de odontologia das gestantes têm muita importância, por isso no dia da captação das gestantes na UBAS, as mesmas já são encaminhadas para esta consulta para assim, realizar a primeira consulta e o acompanhamento. Também é bom conhecer o estado psicológico das gestantes, fazer a atualização das vacinas, prevenção citopatológica, fazer um acompanhamento após o parto (puerpério), com uma adequada captação puerperal e do recém-nascido.

Na visita domiciliar às gestantes, nossa equipe de saúde tem a oportunidade de conhecer o âmbito social-ambiental e identificar situações de risco ou vulnerabilidade e assim planejar ações que permitam melhorar estas problemáticas, para manter os ótimos resultados em saúde infantil, e diminuição dos índices de mortalidade materna e infantil. Também penso que devemos aumentar a divulgação, sobre a importância dos métodos anticoncepcionais, da consulta de planejamento familiar, sobre a adesão ao pré-natal de forma precoce, aleitamento materno e todos os conhecimentos que podem permitir um melhor desenvolvimento da gestação por diversos meios, como televisão, rádio e panfletos para ajudar a melhorar a qualidade da atenção as pacientes.

Dessa forma, na equipe de saúde que atuo, uma das prioridades é a atenção à saúde das crianças e suas mães, facilitando a triagem neonatal, fazendo uma captação precoce do recém-nascido. Nesse momento, orientamos sobre os

cuidados que as mães devem ter com a criança, verificamos a situação vacinal da criança, incentivamos o aleitamento materno até os 6 meses e explicamos a forma de realização da amamentação. Além disso, se fala com as mães sobre os benefícios do aleitamento materno para a criança e para a própria mulher. Trabalhando desta forma, com as mães, para que haja aleitamento materno exclusivo até os 06 meses e para vencer a crença de que o bebê deve tomar mingau ou outra alimentação neste tempo, e evitar que as mães introduzam alimentos industrializados precocemente. Também evitamos doenças de diferentes tipos, tais como: diarreias, doenças respiratórias, doenças nutricionais, entre outras.

Geralmente, o primeiro atendimento tanto à criança, como à puérpera é realizado nas visitas domiciliares, na primeira semana de vida. Nessa oportunidade vamos agendando as consultas da criança e evitando assim a falta à consulta, como também se orienta a mãe que qualquer sinal que apresente a criança, deve procurar a UBAS. Na puericultura fizemos a orientação sobre a alimentação, nutrição e os programas do governo. A equipe de saúde trabalha com dedicação, carinho, entusiasmo e humanismo, oferecendo às crianças e sua família um atendimento de saúde de qualidade. Outro fato importante de ser ressaltado é que esses atendimentos se estendem até a sua adolescência e são baseados nos protocolos existentes do Ministério da Saúde. Os registros de atendimento de puericultura são feitos na Caderneta das crianças e no prontuário médico. Semanalmente se verificam os faltosos às consultas e também as crianças que estão com vacinas atrasadas.

Pelo que foi acima exposto, podemos dizer que é de vital importância o trabalho em equipe, em que cada integrante desempenha um papel fundamental para a saúde e desenvolvimento da criança, independentemente da idade da mesma.

Outro tema de muita importância a ser discutido nas UBAS é respeito ao câncer de colo de útero e de mama, pois são muito frequentes no Brasil e ainda são responsáveis por inúmeros casos de óbitos entre as mulheres. Por esse motivo trabalhamos em nossa ESF para a detecção e diagnóstico precoce e assim diminuir a incidência desses tipos de câncer. O método de rastreamento do câncer do colo de útero e suas lesões na nossa equipe é o exame citopatológico. Seguimos o protocolo do Ministério da Saúde que diz que o intervalo entre os exames deve ser de três anos, após dois exames negativos consecutivos, ou seja, com intervalo

anual. O início da coleta deve ser aos 25 anos de idade para as mulheres que já tiveram atividade sexual.

As ações de prevenção da saúde são uma estratégia fundamental, para aumentar a frequência das mulheres aos exames, avaliar e levar o conhecimento sobre os sinais e sintomas de alerta tanto para o câncer de mama como o de colo de útero. A realização do citopatológico acontece na própria unidade básica de saúde em dias específicos. Dentro das ações programáticas sobre o câncer de colo de útero e mama, nossa equipe de saúde, nas visitas domiciliares, faz educação para a saúde em que falamos da importância de fazer o exame citopatológico e assim prevenir ou fazer uma detecção precoce do câncer de colo de útero. Além disso, em nossa consulta clínica realizamos o exame de mama, ensinamos as usuárias a fazer o autoexame e também falamos da importância da realização do mesmo. Também, de acordo com o protocolo, encaminhamos para as mamografias e ultrassonografias de mamas pertinentes.

Acredito que temos que conscientizar nossas pacientes mediante a Educação Permanente e atividades de promoção e prevenção de saúde a toda a população. É importante o cumprimento das ações de saúde programadas pela Equipe e buscar de forma ativa as pacientes faltosas às consultas. É fundamental também que a equipe conheça sua população, que faça o cadastro sistemático de todos os pacientes da área de abrangência, que identifique todas as mulheres da faixa etária prioritária, e também aquelas que têm risco aumentado para a doença, além disso, é preciso realizar avaliação dos resultados dos exames de Prevenção Citopatológico, Mamografias e Ultrassonografias mamárias.

Também faz parte do nosso trabalho em saúde da família a atenção aos pacientes com HAS e DM, doenças crônicas não transmissíveis muito frequentes e cada vez mais presentes na população mundial. A alta prevalência destas patologias justifica a implantação de estratégias para a melhoria da atenção para estes pacientes em nosso município e implantação de um programa específico para esta população em nossa UBAS. Atualmente na UBAS realizamos consultas programadas de HAS e Diabetes Mellitus um dia da semana em ambos os turnos de trabalho, além de realizar as reuniões de HIPERDIA. Também temos atendimentos destes pacientes todos os dias da semana para aqueles que precisarem. Os principais fatores desencadeantes identificados para essas doenças em questão são os antecedentes familiares das doenças, hábitos higiênico-dietéticos inadequados,

obesidade e sedentarismo, estresse e hábitos tóxicos. Dessa forma, temos trabalhado na educação da população sobre como evitar ou modificar todos estes fatores de riscos e, assim, diminuir a incidência das doenças e as complicações que podem acompanhar as mesmas. A tarefa principal da equipe é a educação para a saúde baseada na prevenção e promoção, que é à base da saúde da família e atenção primária, mas temos consciência que ainda temos muito que fazer para melhorar a saúde destes pacientes.

Além disso, trabalhamos no rastreamento dos pacientes ainda assintomáticos e dos pacientes faltosos a consultas, além de identificar os grupos de riscos. Também é bom indicar exames necessários, um tratamento adequado e oferecer orientação e aconselhamento sobre a doença, fatores de risco e possíveis complicações. Falamos sobre a necessidade da prática regular de atividade física, mudança de estilos de vidas e convocamos à família para fazer estas atividades em conjunto. Agendamos o retorno para futura avaliação e determinação de complicações. Nossa equipe de saúde continua trabalhando para melhorar a assistência a consultas agendadas em tempo e conseguir melhores indicadores em geral, pois essas são algumas deficiências nessa linha de cuidado.

A atenção às pessoas idosas precisa de estratégias específicas para um bom atendimento a essa população. O maior desafio na atenção destas pessoas é que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer dentro desta idade, possamos conseguir outras formas de viver e buscar novas estratégias para melhorar sua qualidade de vida e mudar para estilos de vida saudáveis e que permitam sua incorporação à sociedade. Essa qualidade de vida aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Tudo isso vai se conseguindo através da educação da saúde, em que toda a equipe de saúde tem um papel fundamental. As visitas domiciliares da equipe multiprofissional são de muita importância nestes casos. É assim que conseguimos levar uma boa orientação sobre alimentação e nutrição, cuidado da pele, atenção psicológica e possibilidades de fazer exercícios. Além disso, insistimos aos familiares a necessidade de ofertar carinho, respeito, consideração e amor a estas pessoas.

No atendimento da pessoa idosa nós, como profissionais de saúde, devemos estar atentos sempre, fazer um bom interrogatório e exame físico. Sabemos que ainda temos muito que fazer neste aspecto. Temos dificuldades com os

acompanhamentos nas diversas especialidades para a atenção adequada e de qualidade ao paciente idoso. Mas sempre buscamos estratégias para que tenham a melhor atenção possível, oferecendo apoio e orientando novas possibilidades. Com a avaliação destes indicadores eu e a equipe em geral temos que trabalhar mais para conseguir um serviço de saúde integral, multiprofissional e de qualidade para todos os idosos da área de abrangência, com controle de todos os serviços oferecidos.

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

Levando em conta todo o conhecimento adquirido com a realização dos questionários e do Caderno de ações programáticas, posso dizer que este conhecimento adquirido foi de grande valia para toda a nossa Equipe, pois a análise situacional permitiu-nos conhecer a estrutura e o funcionamento da nossa UBAS e os protocolos. Comparando o que sabíamos da nossa UBAS e da população de nossa área na Unidade de Ambientação com o Relatório Final, realmente existe uma mudança total, pois naquele momento eu não tinha os conhecimentos necessários para realizar as tarefas de forma completa e com a qualidade requerida, e até mesmo pouco domínio com a informática, o que muitas vezes dificultou estas análises iniciais.

Acredito que com o aprendizado durante o curso de Especialização em Saúde da Família e a realização da Análise Situacional, foi possível identificar as fragilidades existentes nas diversas ações programáticas realizadas na unidade de saúde, ocasionando na equipe uma reflexão a cerca das necessidades de mudanças, prestando assim, uma atenção mais integral e de qualidade aos pacientes da área de abrangência. Já estamos nos movimentando para obter melhores resultados dos indicadores de saúde, e oferecer novas estratégias, sempre a favor da população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus são problemas graves de saúde pública no Brasil, por apresentar alta prevalência, ocasionando redução da expectativa e da qualidade de vida se não tratadas adequadamente (BRASIL, 2013). São doenças em ascensão no mundo todo e estão relacionadas diretamente com o modo e o estilo de vida e com hábitos alimentares não saudáveis. Por esse aumento na quantidade de usuários hipertensos e diabéticos, é essencial que as equipes de atenção básica saibam intervir nessas enfermidades.

A escolha deste grupo como foco da intervenção foi pela alta prevalência destas patologias, por serem doenças crônico-degenerativas, as quais o controle tem se tornado um desafio para os profissionais de saúde, visto que seu tratamento exige participação ativa dos pacientes no sentido de modificar alguns hábitos de vida prejudiciais e assimilar outros que os beneficiem.

Tendo em vista que estas doenças se tratam de um tema importantes para a sociedade, são necessárias ações direcionadas para o seu controle e tratamento, pois se sabe que o seu controle pode proporcionar uma vida normal e evitar às complicações crônicas das doenças, além de prevenir complicações agudas.

A educação e qualificação de saúde é uma atividade vital para o controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes Mellitus que envolve vários profissionais.

A UBAS Dirceu Arcoverde do município Vila Nova do Piauí, foi construída para funcionar como uma UBAS, não trata-se de prédio adaptado, e foi inaugurada em abril de 2014, cuja área de abrangência é de 51 localidades ou pequenos povoados no interior do município. Ela está dividida em oito micro-áreas, com cobertura de 100% da população. A UBAS possui todas as condições estruturais para oferecer uma adequada atenção à população, em relação à estrutura física, possui um ambiente específico para recepção e arquivos dos prontuários, sala de espera com uma capacidade de 20 pessoas, conta com dois consultórios para os atendimentos; uma sala para vacinação, uma sala para curativos e procedimentos com lavatórios, um consultório odontológico com compressor na área de trabalho. Possui sanitários para deficientes, uma copa, depósito de limpeza, local apropriado para lavagem e descontaminação do material, há sala para esterilização e estocagem de material. Tem abrigo para resíduos sólidos e o recolhimento do lixo não contaminado. Para os resíduos contaminados possuímos um local apropriado e

o recolhimento é feito pela empresa privada de forma semanal. Não possuímos sala para os Agentes Comunitários de Saúde. Todos os ambientes da UBS possuem janelas que possibilitam a circulação de ar, com boa iluminação natural, as paredes são laváveis, os pisos são laváveis e de superfície lisa.

No município tem apenas uma Equipe de Saúde da Família, recebemos apoio de Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), composto por Assistente Social, Fisioterapeuta, Nutricionista e Psicólogo. As principais áreas estratégicas que esses profissionais apoiam são: alimentação e nutrição, atividades físicas e práticas corporais, reabilitação e saúde integral da pessoa idosa, saúde mental, serviço social.

No contexto da atenção primária, em Vila Nova do Piauí existe uma alta prevalência de doenças crônicas gerando um grande volume de necessidades clínicas e uma alta incidência de fatores de riscos que favorecem a aparição de estas doenças. Nossa área de abrangência tem um total de 3076 pessoas, sendo que 347 são acometidas pela HAS e 54 pelo Diabetes, dados referentes aos registros da UBS, sendo que o percentual de cobertura dos pacientes acompanhados na nossa UBAS é de 57 % hipertensos, e de 66% para diabéticos. Muitos deles possuem ambas as enfermidades e já apresentam complicações. Esse fato nos motivou a trabalhar no acompanhamento e redução dos riscos e redução da morbidade e mortalidade por estas doenças, além de aumentar a adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico. Na UBAS, as ações de promoção são desenvolvidas através de educação em saúde nos temas referentes à alimentação saudável, atividade física, aconselhamentos sobre malefícios do tabagismo e alcoolismo, entretanto julgamos necessário implantar ações coletivas com grupos de usuários hipertensos e diabéticos. A UBAS possui aspectos positivos que viabilizam a realização da intervenção, pois contamos com os Agentes Comunitários de Saúde para o regaste daqueles pacientes faltosos, contamos com a aceitação da equipe para a realização do trabalho, possuímos acessibilidade na UBAS para todos os usuários, contamos com a presença de uma nutricionista para o acompanhamento dos pacientes obesos e com sobrepeso, um psicólogo e um fisioterapeuta, e inter-relação com a policlínica para atendimento dos casos de maior complexidade.

Entretanto, novas intervenções tornam-se necessárias, para melhorar ainda mais a saúde destes pacientes, e para que tragam resultados positivos a serem

efetivados na vivência do profissional, e que possa sensibilizá-los para serem corresponsáveis pelo cuidado a saúde dos pacientes hipertensos.

2.2 Objetivos e metas

Durante o desenvolvimento do projeto de intervenção na UBAS Dirceu Arcoverde trabalharemos os seguintes objetivos e metas:

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção aos hipertensos e/ou diabéticos na UBAS Dirceu Arcoverde.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1. Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos

Meta 1.1. Cadastrar 70% 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 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Objetivo 4. Melhorar o registro das informações

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

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

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

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

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

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

O projeto de intervenção será desenvolvido no período de 16 semanas na UBAS Dirceu Arcoverde, no município de Vila Nova do Piauí, Piauí, tendo como população alvo todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBAS.

Na área adstrita à UBS a população estimada é de 3076 usuários e a estimativa de pessoas com 20 anos ou mais é de 2017 (67% da população total). O número de hipertensos da área da abrangência de acordo com os dados do SIAB é de 347 hipertensos e 54 diabéticos. Para cumprir com as metas e objetivos descritos acima a equipe multiprofissional irá desenvolver diversas ações nos eixos de monitoramento e avaliação, engajamento público, qualificação da prática clínica e organização e gestão do serviço.

2.3.1 Detalhamento das ações

Para atingir os objetivos e metas propostas, serão realizadas ações de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica.

OBJETIVO 01: Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos

META 1.1. Cadastrar 70% 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 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

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

Para realizar o monitoramento, será revisada pela enfermeira semanalmente o fichário da UBAS, que contém os cadastros (ficha espelho) dos hipertensos e diabéticos, para acompanhar a cobertura dessa ação programática.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados da UBS.

Para realizar essa ação, será elaborada uma ficha clínica individual (ficha espelho do hipertenso e/ou diabético) com todos os dados dos usuários e ações realizadas. Será utilizada uma planilha eletrônica do Excel para facilitar o monitoramento e avaliação da saúde do usuário e ações desenvolvidas. Contamos com ajuda de todos os profissionais da equipe, para que as ações sejam adequadamente registradas na ficha espelho. Será criado um arquivo específico, e

será designado um profissional da equipe que realizará a revisão semanal das fichas de hipertensos e diabéticos, e monitorar a cobertura de acordo com a meta.

- Melhorar o acolhimento dos usuários com hipertensão e diabetes na UBAS.

Para realizar o acolhimento, cada usuário e que chegar a unidade vai ser recebido, acolhido e cadastrado. A agenda será organizada de forma a acolher esses usuários. A equipe será preparada para identificar todos os usuários com fatores de risco nas visitas domiciliares e para acolher os hipertensos ou diabéticos que procurem a unidade com o quadro agudo ou para controle, este usuário serão encaminhados para consulta médica no mesmo dia, mesmo que exceda as vagas do dia. Os casos que podem receber atendimento em outra data serão agendados. Será garantido junto à gestão o material adequado para o atendimento dos hipertensos e diabéticos na UBAS (Esfigmomanômetros de diferentes tamanhos, fita métrica e hemoglicoteste).

ENGAJAMENTO PÚBLICO.

- Informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

- Informar a comunidade sobre a importância de medir PA uma vez ao ano depois dos 18 anos de idade.

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

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

Para realizar essas ações a equipe informará aos pacientes em sala de espera e nas visitas domiciliares, utilizando os programas de rádio da cidade para divulgar palestras educativas, bem como foi elaborado um boletim informativo: "O que todos devem saber sobre hipertensão e diabetes" (Apêndice A).

Realizamos conversas educativas para as famílias através de visitas domiciliares que envolverão toda a equipe de saúde para informar a todos os familiares, que vivem com o paciente hipertenso/diabético, como deve ser a sua dieta, como deve ser a sua vida diária, pois acredito que o cuidado doméstico é a principal força motriz do paciente, e que o apoio da família ajuda no controle da doença.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar aos ACS e equipe de ESF para cadastrar a todos os hipertensos e diabéticos da área de abrangência, com todos os dados completos dos usuários.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito.
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Para realizar essas ações, organizaremos reuniões para a realização de oficinas e discussões em grupo. Faremos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos e diretrizes do MS para tratamento e controle da HAS e DM, atualizando um tema por semana.

OBJETIVO 02: Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Monitorar a realização de exame clínico adequados aos usuários hipertensos e diabéticos.

O monitoramento será realizado semanalmente a avaliação será realizada mensalmente, por um dos membros da equipe, designado durante a discussão para a implantação do projeto para essa ação.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Definir atribuições dos profissionais no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos, seguindo o protocolo de hipertensão arterial do Ministério de saúde.

Para realizar essa ação, nos utilizaremos às reuniões de equipe dos profissionais da UBAS, para e definir a atribuição de cada um na intervenção, por exemplo: a técnica de enfermagem irá realizar o peso, comprimento, verifica pressão arterial, realizar teste de glicose capilar, identificar fatores de risco para a HAS e DM, a enfermeira realizará o calculo da IMC, as orientações, indicará exame complementares, estratifica risco para doenças cardiovasculares, atualização dos cadastros. O médico realizará a anamnese, exame físico, avaliação dos exames laboratoriais, avaliação cardiovascular, prescrição do tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

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

Para realizar essa ação será impresso uma versão atualizada dos protocolos de atendimentos a usuários hipertensos e diabéticos do MS.

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

Para realizar essas ações organizamos as atividades nas reuniões de equipe como discussões em grupo utilizando a temática de acordo com os protocolos para atenção aos usuários HAS e DM do MS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Para realizar essas ações nós organizaremos as oficinas temáticas com os Hipertensos/diabéticos cadastrados e acompanhados na ESF, oficinas estas que ratificam as recomendações da literatura e das próprias necessidades para estimular a adesão dos hipertensos e/ou diabéticos. Logo, será estabelecida a data de início da primeira oficina, com dias e horários, de acordo com a disponibilidade dos hipertensos/diabéticos. O planejamento e a realização das oficinas contarão com a parceria dos ACS e Auxiliares de enfermagem. A etapa seguinte baseia-se na apresentação de oficinas para levar ao público-alvo informações essenciais sobre a hipertensão arterial e diabetes mellitus, objetivando explicar a sua condição fisiopatológica, conscientizar a adesão ao tratamento e a adoção de estilos de vida mais saudáveis.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Para realizar essa ação serão realizadas uma capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos de HAS e DM, utilizando a reunião semanal.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

- Monitorar o numero de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com a periodicidade recomendada.

Para realizar essa ação serão revisadas semanalmente todas as fichas espelhos desses pacientes, a fim de identificar os pacientes que estão em atraso com os todos os exames.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

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

Para realizar essas ações solicitaremos uma reunião com o gestor para reforçar a importância de manter o convenio atual para a realização de exames com o laboratório particular.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar aos usuários sobre a importância de realização dos exames complementares e sua periodicidade.

Para realizar essas ações organizaremos atividades como palestras educativas, reuniões em grupos e orientações nas visitas domiciliares com a família e com o usuário. Reforçaremos a participação de outros setores sociais nas atividades comunitários.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Para realizar essa ação faremos a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos de HAS e DM.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular:

Para realizar essas ações realizamos registro das necessidades de medicamento dos usuários com HAS e DM cadastrados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Para realizar essas ações a enfermeira da unidade fará o controle e registro dos medicamentos disponíveis, será solicitado o aumento do teto das quantidades e variedades de medicamentos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso.

Para realizar essas ações organizaremos atividades como palestras educativas, reuniões em grupos e visitas domiciliares com a família e com o paciente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Para realizar essas ações vamos realizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos para atenção aos pacientes HAS e DM do ano 2013.

META 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam atendimento odontológico nas consultas.

Realizaremos uma revisão semanal das fichas específicas dos hipertensos e diabéticos. A avaliação dessa ação será realizada mensalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Organizar agenda de saúde bucal para pacientes hipertensos e diabéticos em conjunto com a equipe de odontologia e a secretaria de saúde.

A agenda será organizada conforme as disponibilidades do dentista, priorizando o atendimento destes pacientes.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar a comunidade sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos.

Para realizar essas ações organizaremos atividades como palestras educativas, reuniões em grupos e visitas domiciliares com a família e o paciente.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos.

Para realizar essas ações faremos a capacitação e contaremos com o apoio do dentista.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) dos pacientes hipertensos através da revisão semanal das fichas específicas dos hipertensos e diabéticos.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

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

Após a revisão e monitoramento das fichas específicas, a pessoa responsável pelo monitoramento fará uma lista com os nomes e endereços dos usuários faltosos para que o ACS de cada micro área realize a busca ativa, e uma nova data da consulta seja agendada.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas.
- Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de diabetes (se houver número excessivo de faltosos).
- Esclarecer aos portadores de diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Realizaremos essas ações com apoio de toda a equipe de saúde, realizando orientações na sala de espera, nas visitas domiciliares, nos grupos e consultas médicas, a comunidade será ouvida para melhorar o acesso cada vez mais.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar os ACS para a orientação de hipertensos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade, utilizando o espaço das reuniões de equipe.

Para realizar essas ações organizaremos as atividades como palestras educativas e reuniões com os ACS.

OBJETIVO 04. Melhorar o registro das informações.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a qualidade do registro de hipertensos e diabéticos.

Esse monitoramento será realizado semanalmente, através da revisão da ficha espelhos desses pacientes. Os dados contidos nessas fichas foram transcritos semanalmente para uma planilha eletrônica do Excel, que calcula automaticamente os indicadores. A avaliação desses indicadores será realizada mensalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Manter as informações do SIAB atualizadas. Essa ação ficará sob a responsabilidade da enfermeira e dos Agentes Comunitários de Saúde.
- Implantar ficha de acompanhamento.

Utilizaremos um modelo de ficha específica, disponibilizado pelo curso de Especialização em Saúde da Família/UFPEL, contendo todas as informações pessoais do paciente, ações realizadas, exames realizados e situação de saúde do paciente (**Anexo A**).

- Pactuar com a equipe o registro das informações, de forma que todos os profissionais utilizem a ficha específica do hipertenso e diabético e registrem todas as ações que foram realizadas durante o atendimento.

- Definir responsável pelo monitoramento das informações. A equipe fez reunião para definir qual profissional ficará responsável pelo monitoramento das informações.

- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar e não realização de estratificação de risco e não avaliação de comprometimento de órgãos alvos e ao estado de compensação da doença. Afixaremos um lembrete na ficha específica do usuário que tiver em atraso com a consulta, exames, estratificação de risco ou outras ações necessárias para o bom acompanhamento do usuário.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar os usuários e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Realizaremos a orientação aos usuários e comunidade, através de palestras, cartazes informativos e painéis com fotos ilustrativas, sobre os direitos de atualizar seus registros de saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do diabético.

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

Para realizar essas ações faremos uma reunião da equipe para a capacitação do preenchimento da ficha específica e formas de arquivamento.

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

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o número de pacientes hipertensos com realização de pelo menos uma estratificação de risco cardiovascular por ano.

O monitoramento será realizado através da revisão semanal dos registros nas fichas específicas dos pacientes pela enfermeira.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Organizar a agenda para atendimento desta demanda.
- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco cardiovascular.

Para realizar essas priorizações iremos discutir e organizar a agenda nas reuniões de equipe semanalmente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular.

- Orientar aos pacientes e a comunidade sobre a importância de adequado controle de fatores de risco modificáveis como alimentação.

A orientação será realizada por meio de Oficinas temáticas com os Hipertensos/diabéticos cadastrados e acompanhados na ESF.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo escala de Framingham ou de lesões em órgãos alvos.
- Capacitar a equipe sobre a importância de registro desta avaliação.
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

As capacitações também serão realizadas durante a reunião de equipe e seguirá os protocolos de HAS e DM.

OBJETIVO 06: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a realização de orientação nutricional aos hipertensos e diabéticos, através da revisão semanal das fichas espelhos. A avaliação será realizada mensalmente.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável
- Envolver os nutricionistas nestas atividades.

Realizaremos uma reunião com todos os membros da equipe e nutricionista para organizar a estratégia das ações coletivas sobre alimentação saudável que poderá ocorrer na UBAS em sala de espera.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar aos hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável.

Para realizar essas ações utilizaremos a metodologia de roda de conversa e exposição oral com projeção de slides confeccionados no *software "PowerPoint"* versão 2007 abordando os seguintes temas: hábitos de vida saudável: alimentação, estilo de vida, atividade física.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe sobre práticas de alimentação saudável.
- Capacitar a equipe sobre metodologia de educação em saúde.

Em reunião de equipe discutiremos sobre a prática de alimentação saudável, utilizando os Dez passos da alimentação saudável do Ministério da Saúde.

META 6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

Estas orientações serão realizadas em ações coletivas em sala de espera e nas consultas individuais e visitas domiciliares.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a orientação de realização de atividades físicas regular aos hipertensos e diabéticos

Através da revisão semanal dos registros contidos nas fichas espelho iremos averiguar se o paciente recebeu as informações previstas neste projeto.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividade física.
- Demandar junto ao gestor parcerias institucionais para envolver educadores físicos nesta atividade.

Para realizar essas ações utilizamos a educação comunitária para a população.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar a hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância de realizar atividade física regular.

Para realizar essas ações realizaremos por meio de oficinas temáticas com os hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados na UBAS, oficinas estas que irão reforçar as recomendações e também em consultas e visitas para estimular a adesão dos hipertensos e diabéticos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Utilizaremos da mesma forma que anteriormente o período das reuniões de equipe para discutir e capacitar toda a equipe quanto à importância da promoção da prática de atividade física.

META 6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

O monitoramento será realizado através da revisão semanal dos registros nas fichas específicas dos hipertensos e diabéticos será realizada pela enfermeira da equipe.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento de abandono ao tabagismo. Agendamos uma reunião com o gestor, para discutir a importância da distribuição das medicações contra o tabagismo e tentar garantir essas medicações.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar aos pacientes sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Para realizar essas ações realizaremos por meio de oficinas com os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados no PSF, abordando essa temática.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para tratamento de usuário tabagistas.

Realizaremos a capacitação durante o período das reuniões de equipe.

META 6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos

Será realizado através da revisão semanal dos registros contidos nas fichas específicas desses usuários.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Organizar tempo médio de consultas com a finalidade de garantir orientações em nível individual.

- Envolver a equipe de odontologia nesta atividade em conjunto com a secretaria de saúde.

- Garantir em conjunto com a secretaria de saúde o material de odontologia para o atendimento destes pacientes sendo responsável por essa ação o dentista da UBAS.

Para realizar essas ações planejaremos as necessidades de material odontológico para os atendimentos destes pacientes, destinando um dia por semana para consultas a hipertensos e diabéticos.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar aos hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal.

Para realizar essas ações organizaremos atividades como palestras educativas, reuniões e discussões em grupo, oficinas e visitas de trabalho com a família do usuário.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal em conjunto com a equipe de odontologia da UBAS. Para realizar as capacitações utilizamos o espaço da reunião de equipe para discutir sobre a temática e deixar todos os membros da equipe aptos a realizar as orientações aos usuários.

2.3.2 Indicadores.

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. Estimativa, conforme Caderno de Ações Programáticas.

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.

Indicador 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

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

Indicador 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

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

Indicador 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Indicador 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Indicador 7. Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

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

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

Indicador 8. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Indicador 9. Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Indicador 10. Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

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

Indicador 11. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Indicador 12. Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

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

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

Indicador 13. Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Indicador 14. Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

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

Indicador 15. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

Indicador 16. Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Indicador 23. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 24. Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de atenção aos usuários com hipertensão arterial Sistêmica (HAS) e diabetes mellitus (DM), serão adotados os seguintes manuais técnicos: Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37, 2013) e Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36, 2013).

Utilizaremos a ficha de atenção à HAS e DM, (ficha espelho específica de acompanhamento do hipertenso e/ou diabético). Como a ficha utilizada na unidade de saúde não prevê a coleta de informações sobre acompanhamento de saúde bucal, exame clínico e dados relativos à classificação de risco dos hipertensos e diabéticos, vamos utilizar o modelo de ficha específica disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UFPel (Anexo B). Faremos contato com o gestor municipal para dispor cópias das fichas específicas disponibilizada pelo curso. Para o acompanhamento mensal da intervenção será utilizada a planilha eletrônica de coleta de dados do programa Excel, também disponibilizada pelo Curso de especialização.

Para organizar o registro específico do programa, a enfermeira e o médico irão revisar o livro de registro identificando todos os pacientes hipertensos e diabéticos que vierem ao serviço para consulta. Os profissionais localizarão os prontuários destes pacientes e transcreverão todas as informações disponíveis no prontuário para a ficha espelho. Ao mesmo tempo realizará o primeiro

monitoramento anexando uma anotação sobre consultas em atraso, exames clínicos e laboratoriais. Os pacientes em atraso serão buscados.

O acolhimento dos pacientes que buscarem o serviço será realizado pela técnica de enfermagem. Durante a reunião de equipe será definida as atribuições de cada membro da equipe na realização da atenção aos pacientes. Na mesma oportunidade será estabelecida a periodicidade das atualizações e organizada a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos do MS.

Iremos agendar com a gestora municipal de saúde para participar de uma reunião com a equipe para que ela possa tomar conhecimento da intervenção e vamos aproveitar o momento para garantir que os profissionais possam fazer a solicitação dos exames complementares e que haja agilidade para a realização dos mesmos; garantir o material adequado para a tomada da pressão arterial e da realização do hemoglicoteste e demandar o apoio dos profissionais do NASF, como nutricionista para auxiliarem nas ações de promoção de saúde a essa população, além de solicitar a compra de medicamentos para controle do tabagismo e outros item de medicamentos anti-hipertensivos.

A equipe de enfermagem e o médico irão organizar uma planilha que servirá como sistema de alerta para os exames complementares preconizados; para alertar sobre o atraso nas consultas de acompanhamento ou alguma outra informação importante. Essa planilha será preenchida e atualizada uma vez por mês, a cada consulta dos usuários. A técnica de enfermagem será a responsável por realizar o controle de estoque e validade das medicações, além de manter um registro das necessidades de medicamentos dos pacientes cadastrados, mensalmente, por meio de uma listagem das medicações.

A organização da avaliação da necessidade de atendimento odontológico, bem como a agenda para as consultas ficou a cargo da equipe de saúde bucal. Os usuários formam encaminhados desde a consulta do pesquisador. Além disso, também organizaremos o tempo médio das consultas a fim de ter tempo para orientações individuais. Os ACS realizarão a organização das visitas domiciliares por micro-área de abrangência para buscar os pacientes faltosos e a recepcionista organizará a agenda para suprir essa demanda. Essas visitas serão realizadas pela enfermeira, médico e os ACS utilizando o meio de transporte da Secretaria de Saúde.

Ficará sobre a responsabilidade da enfermeira e do médico manter atualizadas as informações do SIAB, implantar a ficha de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações e o responsável pelo monitoramento desses registros. Para tal será necessário computador com acesso à internet. É importante que toda a equipe conheça os pacientes de risco para poder priorizar a sua atenção e organizar a agenda para o atendimento dessa demanda. Isso será feito através de uma listagem dos pacientes de risco, que será confeccionada pelo médico e pela enfermeira e disponibilizada a todos os membros da equipe. A organização das práticas coletivas será feita em conjunto, por toda a equipe e os temas serão referentes à alimentação saudável e orientação para atividade física, controle do tabagismo orientações de saúde bucal entre outras previstas no projeto. Para tal serão utilizados recursos audiovisuais como vídeos, músicas, além de panfletos e cartazes.

Todas as ações de capacitação serão realizadas na própria UBAS ou no Cine Cultura da cidade, no período reservado para as reuniões de equipe. Serão realizadas pelos próprios profissionais da ESF, em conjunto com os profissionais do NASF. Essas capacitações terão o intuito de alcançar um maior conhecimento e preparação pelos integrantes da equipe e assim melhorar a atenção de saúde da comunidade e oferecer um serviço cada vez mais qualificado e multiprofissional. E para tal será utilizado os Manuais e protocolos do Ministério da Saúde, além de materiais de escritório como pastas, cartolinas além do computador e Datashow. Tais capacitações terão o intuito de qualificar os trabalhadores para que saibam orientar os usuários hipertensos e diabéticos no sentido de qual periodicidade que devem realizar suas consultas, orientar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento desses usuários, e para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas; qualificar a equipe para realizar a estratificação de risco segundo score de Framingham ou de lesões aos órgãos alvo e sobre a importância desse registro, além de orientar quanto às estratégias para o controle dos fatores de risco modificáveis; qualificar a equipe sobre metodologias de educação em saúde e sobre alimentação saudável, prática de atividade física regular, tratamento de pacientes tabagistas e sobre orientações de higiene bucal.

Assim, começaremos a intervenção com a capacitação sobre os Manuais técnicos: Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença

crônica: hipertensão arterial sistêmica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37, 2013) e Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36, 2013) para que toda a equipe utilize esta referência na atenção destes pacientes. Esta capacitação ocorreu na própria UBAS, nas duas primeiras semanas de intervenção, para isto será reservada uma hora ao final de cada semana, no horário tradicionalmente utilizado para reunião de equipe. Cada membro da equipe estudará uma parte do manual técnico e exporá o conteúdo aos outros membros da equipe.

As ações do eixo de engajamento público se darão no sentido de informar a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde; sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; sobre a importância do rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg; sobre os fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes; quanto a necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados os mesmos. Além disso, iremos orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade das extremidades avaliadas periodicamente; ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso; a importância de realizar avaliação da saúde bucal, especialmente dos hipertensos e diabéticos; a importância da realização e periodicidade das consultas; sobre seus direitos em relação à manutenção dos registros e acesso a segunda via; quanto ao seu nível de risco e a importância do acompanhamento regular e adequado controle dos fatores de risco modificáveis, além de orientar os pacientes sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular, a existência de tratamento para o tabagismo e a importância da higiene bucal. Estas ações serão realizadas na ESF e na comunidade, durante as reuniões com o grupo de usuários hipertensos e/ou diabéticos, no acolhimento, nas consultas, nas visitas domiciliares e nas palestras planejadas para esta atividade. Serão realizadas pelos próprios profissionais da ESF, em conjunto com os profissionais do NASF. Essas informações e orientações terão o intuito de conseguir um maior conhecimento destas doenças pela parte dos pacientes e a comunidade em geral, permitindo-nos fazer nosso trabalho de prevenção, promoção e orientação. E para tal se utilizará

3.1 Ações previstas e desenvolvidas no projeto: facilidades e dificuldades, cumpridas integral ou parcialmente.

No projeto de intervenção foram previstas ações nos quatro eixos pedagógicos do Curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica.

No eixo referente à Organização e Gestão do Serviço, realizamos reuniões com a equipe de saúde (Figura 1) onde apresentamos o Projeto de intervenção e os instrumentos para o controle e avaliação e o protocolo a ser adotado: Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37, 2013) e Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36, 2013).

Nas reuniões procuramos discutir e esclarecer as dúvidas e ouvir as sugestões dos membros da Equipe.



Figura 1- Reunião de Equipe - divulgação do projeto

Também realizamos a divulgação da proposta do projeto e seus instrumentos para os usuários hipertensos e/ou diabéticos (HAS/DM) e seus familiares durante as visitas domiciliares da equipe e principalmente através dos ACS.

Na reunião com os Agentes Comunitários de Saúde, que contou com a presença da Secretária de Saúde (Figura 2), foi gratificante ouvir os ACS mencionarem a aceitação que o nosso projeto estava tendo pela população. A Secretária de Saúde manifestou o seu apoio para a execução da intervenção, o que foi importante para continuar a melhorar a qualidade de vida da população.



Figura 2 Reunião com ACS e a secretária de saúde municipal.

Além disso, nas capacitações dos profissionais da equipe organizou-se a logística da intervenção, cadastramento dos usuários e preenchimento da ficha espelho, organizou-se como seriam realizados os encontros mensais com os hipertensos e/ou diabéticos e a reprodução de materiais; a coleta de dados e preenchimento das fichas espelhos, instrumento necessário ao monitoramento e à avaliação dos indicadores, e os recursos visuais para serem utilizados nas capacitações como slides e cartazes. Pode-se considerar que tais ações foram cumpridas integralmente.

Nas reuniões da equipe de saúde sempre planejamos novas visitas e avaliamos a solicitações dos Agentes Comunitários de Saúde a situação de alguns usuários prioritários que não tinham condições de se deslocarem até a UBAS Dirceu Arcoverde (Figura 3).



Figura 3 Visita domiciliar da Equipe ESF

As ações do eixo Monitoramento e Avaliação aconteceram durante o período da intervenção através do cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e na atualização das fichas espelhos e da digitação e acompanhamento periódico dos dados na planilha do Curso.

Após consultar os registros dos hipertensos e/ou diabéticos acompanhados na unidade para o preenchimento, realizei juntamente com a enfermeira um acompanhamento de perto dos usuários, reforçamos a importância da alimentação saudável como parte do tratamento, enfatizando os benefícios da atividade física, orientando sobre hábitos saudáveis de vida, falamos sobre como a família podem prevenir, detectar e tratar as emergências, como detectar sintomas e sinais de complicações crônicas em particular os pés de usuários diabéticos, estas ações foram desenvolvidas em grupos.

Com relação ao Engajamento Público, a mobilização dos usuários hipertensos e/ou diabéticos e familiares para a participação se deu através da formação dos grupos educativos, durante as visitas domiciliares da equipe e dos ACS, e também por ocasião de seus contatos com a UBAS Dirceu Arcoverde.

Neste período, percebeu-se um aumento da demanda da UABS, principalmente da demanda programada, que anteriormente se dirigiam a UBAS somente para consultas de urgência e emergência.

Foi marcada uma reunião com todos os usuários e seus familiares, este encontro resultou na formação do grupo de adesão para a intervenção, que a partir dessa data passou a se reunir mensalmente, na última quinta-feira de cada mês (Figura 4). Essa atividade foi inserida na rotina do serviço da unidade, o que demonstra o quanto os resultados do projeto foram satisfatórios, pois esses momentos do grupo tem possibilitado a construção de vínculos, o reforço do autocuidado e da corresponsabilidade dos usuários hipertensos e/ou diabéticos acompanhados pela UBAS Dirceu Arcoverde.

No segundo encontro proposto no projeto de intervenção, foram colocadas em prática as estratégias de adesão. Considerando a estratégia de educação em saúde essencial para estimular hábitos saudáveis, no primeiro momento foram apresentados vídeos educativos sobre a temática, com momentos para considerações e retirada de dúvidas.



Figura 4. Ações de Educação em Saúde para usuários em grupo

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Apresentamos dificuldades no engajamento público, pois apesar das palestras realizadas, nem toda a população tem informação sobre a existência do programa, sendo as comunidades do interior as que mais dificuldades apresentaram para a divulgação e para se deslocarem nos dias dos grupos. Estas ações dependem muito dos ACS e infelizmente nem todos trabalham da mesma forma, e ainda temos muito para avançar. Uma das dificuldades que apresenta esta comunidade é o baixo nível de escolaridade, algumas pessoas ainda são analfabetas, o que torna mais difícil a comunicação.

Quanto à melhoria dos registros de informações, não foram cumpridas as orientações aos usuários sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário, entretanto este tema será abordado em um próximo momento.

Ainda não foi realizada a estratificação do risco cardiovascular em todos os usuários porque alguns deles não têm os exames complementares atualizados pela demora na sua realização, é por isso que não foi possível orientar a todos quanto ao seu nível de risco individual.

Foi feita uma listagem dos usuários que conseguimos realizar a avaliação e foram classificados como de alto risco para priorizar os atendimentos destes grupos.

E quanto a promover a saúde de hipertensos e diabéticos, temos ainda muitas ações que foram cumpridas parcialmente, pois temos que orientar não só aos pacientes, mas também aos familiares e comunidade quanto às mudanças de estilos de vida alimentação, prática de exercícios físicos. Neste aspecto, a principal dificuldade foi que nem todas as palestras foram feitas abordando todos os temas até mesmo para serem mais didáticas. Tivemos dificuldades também no último mês da intervenção pelo aumento das doenças infecciosas no município o que prejudicou a realização das atividades educativas, pelo aumento da demanda clínica.

Estamos empenhados em reforçar ainda mais as atividades coletivas com os grupos de hipertensos e diabéticos para atingirmos todos os usuários pertencentes à população alvo e seus familiares.

Nas consultas individuais os usuários receberam orientação do médico, mas também precisava de mais tempo para a mensagem chegar de forma adequada ao usuário, já que a maioria possui baixo nível socioeconômico. Nós capacitamos a nossa equipe de saúde, mas para fazer promoção a saúde, entretanto há necessidade de conhecimentos mais sólidos sobre o tema, por isso penso que a promoção é um aspecto que temos que trabalhar muito mais principalmente entre os profissionais da Equipe para conseguir formas efetivas de promover mudanças na comunidade.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Os dados da intervenção, como tínhamos previsto, foram coletados nas fichas espelhos, na planilha de coleta de dados e nos prontuários. Os prontuários foram os documentos com mais dificuldade, porque nas consultas é muito difícil

escrever todos os dados de forma direta pelo problema de tempo, visto que o médico não tem só consultas planejadas, mas também tem consultas de urgências e por isso temos que melhorar a qualidade dos prontuários. Além disso, a técnica de enfermagem foi capacitada para preencher algum aspecto do prontuário, no entanto, o maior volume é do médico. A ficha espelho foi mais fácil de preencher porque é o resumo dos aspectos mais importantes e não apresentamos dificuldades. A planilha de coletas de dados foi muito fácil e rápida para preencher, tem muitas vantagens, também não apresentamos dificuldades (Anexo A). Nas atividades de grupo registrávamos na ficha espelho de cada paciente o seu comparecimento nas atividades coletivas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

Como fora mencionado nos diários da intervenção apresentados no decorrer do Curso, esta intervenção já foi incorporada à rotina de trabalho de nossa equipe e vai se manter, mas dependem de muitos fatores (vontade dos gestores, recursos disponíveis). Todas as ações propostas na intervenção são importantes para atingir a meta principal que é melhorar os atendimentos aos usuários hipertensos e diabéticos e com isso melhorar a sua saúde e ajudar na prevenção das complicações próprias destas doenças. A continuidade desta ação programática é muito válida e penso que com o Programa Mais Médicos é possível a sua continuidade não só em minha UBAS, porque a maioria dos profissionais do Programa estão capacitados na atenção primária de saúde e também com certeza este Curso de especialização vai contribuir para manter o trabalho mesmo após a conclusão da intervenção.

No eixo **Organização e Gestão do Serviço**, a avaliação realizada para adesão ao tratamento medicamentoso dos hipertensos e/ou diabéticos será incorporada à rotina do serviço. O cadastramento dos usuários hipertensos e/ou diabéticos na intervenção continuará sendo realizado após a intervenção durante o acesso dos mesmos na UBAS Dirceu Arcoverde e visitas domiciliares.

Com relação ao eixo **Monitoramento e Avaliação**, o cadastramento dos hipertensos e/ou diabéticos na intervenção, configura-se uma ação de grande importância para a prevenção e controle da HAS e DM, pois favorece a manutenção do vínculo com equipe garantindo o acompanhamento desses usuários. A atenção à saúde bucal também foi garantida pelo acompanhamento dos cadastrado e iremos

manter esta ação para conseguir 100% de cobertura. O comprometimento e a dedicação de toda a equipe multidisciplinar estão sendo fundamental, além do treinamento específico necessário proporcionado através de capacitações.



Figura 5. Acompanhamento odontológico pela ESB.

No eixo **Engajamento Público**, atividades educativas foram realizadas e o grupo para educação em saúde foi criado. No entanto, fica o desafio para a equipe multidisciplinar da UBAS Dirceu Arcoverde em dar continuidade ao cronograma de encontros previstos (mensalmente), programar e supervisionar as atividades a serem desenvolvidas em cada encontro e captar ainda mais usuários.

No eixo **Qualificação da Prática Clínica**, pretendemos inserir na rotina da UBAS a realização de atividades de educação em serviço, a fim de estabelecer um cronograma de capacitações que contribua para proporcionar um maior conhecimento a cerca dos temas de interesse para a qualificação da prática clínica e atualização com relação aos protocolos de atendimento clínico para outros grupos, para tal a equipe multidisciplinar da UBAS está motivada para dar sequencia as ações do projeto de intervenção.

Finalizada a etapa da intervenção, daremos continuidade às ações programáticas previstas pela intervenção para melhorar ainda mais os indicadores de atenção aos pacientes, assim como os registros das informações; e continuar promovendo a saúde da população. Acredito que pelo envolvimento e experiência da equipe, continuemos melhorando a qualidade da atenção para esse e outros grupos.

4. Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

A hipertensão arterial (HA) e o diabetes mellitus (DM) são importantes causas de morbimortalidade na população brasileira, motivo pelo qual representam um importante problema para a Saúde Pública, dos quais 60% a 80% dos casos podem ser tratados na rede básica. Foi nesse contexto que o Governo Federal e o Ministério da Saúde implantaram o Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, com o objetivo de atender o portador de tais patologias.

A intervenção teve como objetivo a melhoria da atenção ao usuário com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na área da Unidade Básica Avançada de Saúde Dirceu Arcoverde do município de Vila Nova do Piauí/PI. Na área de abrangência da unidade, há 347 hipertensos e 54 diabéticos, sendo que 57% dos hipertensos e 66% dos diabéticos eram cadastrados, entretanto os registros estavam incompletos ou inexistentes antes da intervenção.

Resultados de acordo com cada objetivo:

Objetivo 01. Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos

1.1 Meta. Cadastrar 70% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS

1.2 Meta. Cadastrar 70% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da UBS

Indicador: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS

No período de 12 semanas de intervenção, nossa meta inicial foi alcançada e superada, pois tínhamos como meta cadastrar 70% dos hipertensos da área de cobertura da Unidade de Básica. No primeiro mês conseguimos cadastrar 239 (83%) dos usuários hipertensos, sendo que até final da intervenção foram cadastrados 347 (100%) dos usuários hipertensos (Figura 6).

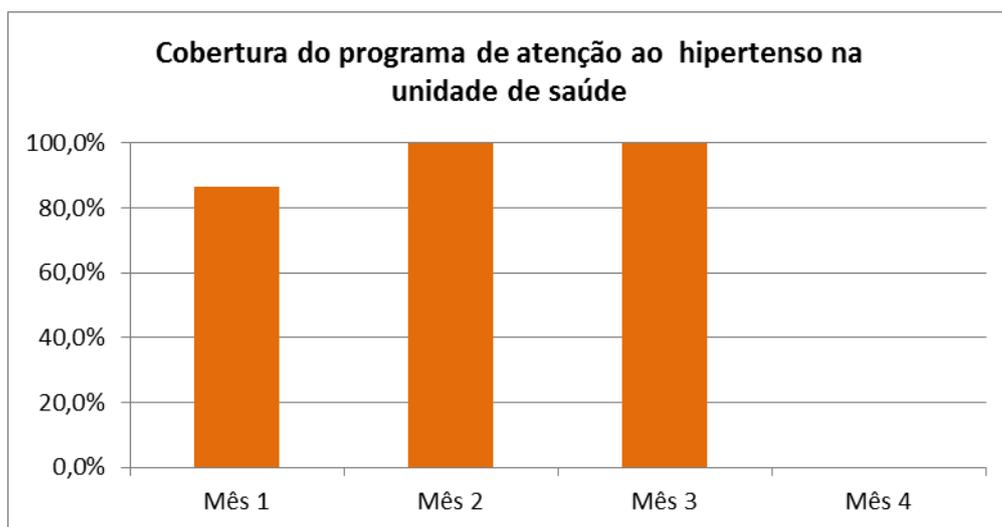


Figura 6. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na ESF “Vila Nova do Piauí”/PI, 2015.

Para a cobertura do programa de atenção ao diabético de nossa UBS a meta era alcançar 70% dos diabéticos, da área de abrangência da equipe. No primeiro mês da intervenção cadastramos 54 (100%) dos usuários diabéticos da nossa área. O resultado de nossa cobertura do programa de atenção ao diabético também foi ótima pois, atingimos e ultrapassando a meta esperada caracterizando que nossa estratégia deu certo. Como os cadastros estavam incompletos tivemos que recadastrar todos novamente. O menor número de usuários deste grupo facilitou a realização dos cadastros, alguns usuários têm dificuldade de locomoção e contamos com as visitas domiciliares para realizarmos a atualização dos cadastros destes usuários, entretanto assim como para os usuários com hipertensão devemos continuar a busca de novos casos.

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

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

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

Em relação ao objetivo 2 - melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos, observamos que a proporção de hipertensos que apresentaram exames clínicos em dia no primeiro mês de intervenção foi de 193 (81%), nos dois meses seguintes atingimos 253 (70%). A redução deste indicador do primeiro para o segundo mês pode ser explicada pelo aumento da cobertura de hipertensos acompanhados neste

período de intervenção, levando em consideração o grande número de usuários cadastrados julgamos que os resultados foram positivos, entretanto buscaremos atingir 100% neste indicador (Figura 7).

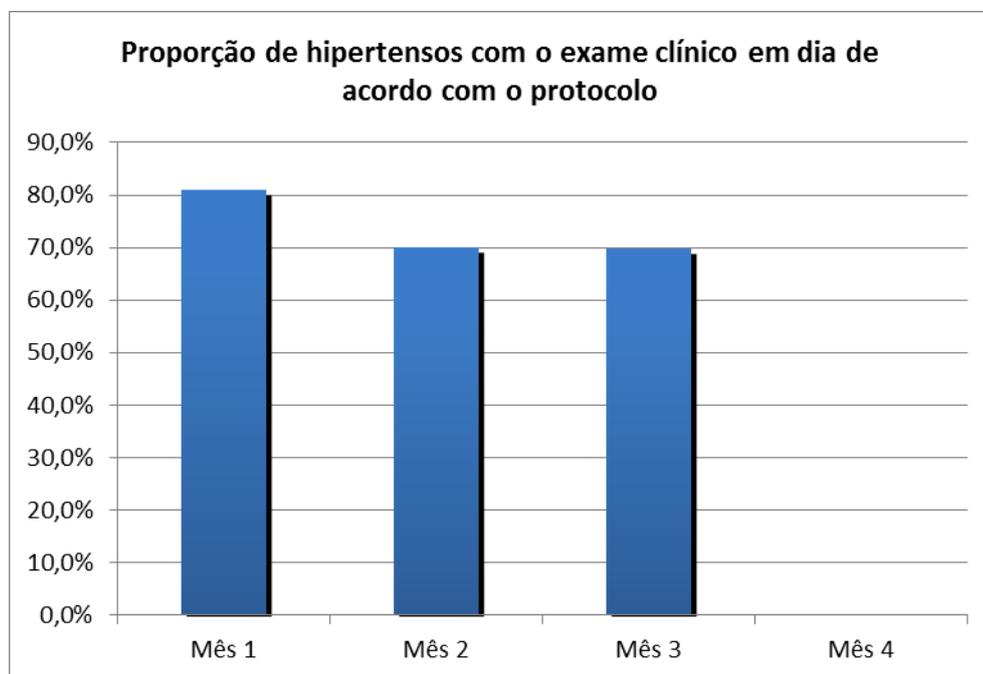


Figura 7. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia, na ESF “Vila Nova do Piauí”/PI, 2015.

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

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

Realizamos exame clínico apropriado em 80% dos usuários diabéticos. Planejamos realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos, entretanto conseguimos realizar em 43 (80%). O que demonstra que a proporção de diabéticos acompanhados ao longo dos meses da intervenção ficou abaixo da meta. Entretanto pelo pequeno número de pacientes iremos realizar a busca destes usuários para a realização das consultas e o exame clínico apropriado.

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

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

Para este indicador no primeiro mês dos 239 usuários cadastrados no programa conseguimos atingir 193 (80,7%), já para o segundo e terceiro mês dos

347 usuários cadastrados 230 (69,7%) estavam com os exames em dia. Se compararmos os resultados atuais com a realidade que tínhamos os resultados são muito significativos, porque anteriormente muito poucos usuários realizavam os exames complementares e nem todos os exames complementares normatizados no protocolo do Ministério da Saúde eram solicitados. A redução dos na proporção de cobertura desta ação se deu pelo aumento do número de usuários cadastrados durante os três meses da intervenção.

Os resultados alcançados não tem relação com o não cumprimento das ações propostas na intervenção, mas com as dificuldades que os usuários encontram para realizarem estes exames o que gerou atrasos na realização e recebimento dos resultados. Falamos com a gestora municipal sobre a necessidade de realizar os exames complementares definidos no protocolo, mas o problema enfrentado foi que nosso município não tem laboratório clínico próprio, e nessa situação estão os municípios vizinhos, mas a coleta do sangue e feita no município, por convenio feito pela prefeitura municipal. Desta forma ainda não conseguimos alcançar a meta, apesar do apoio da Secretaria da Saúde. Esperamos que no futuro quando o município tenha o próprio laboratório não tenhamos mais este tipo de atraso (Figura 8).

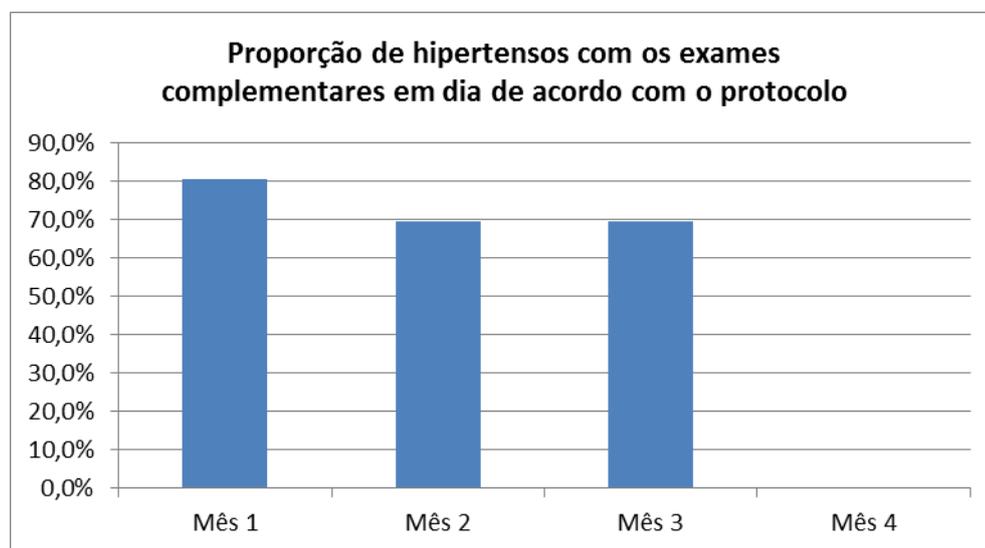


Figura 8. Proporção de hipertensos com os exames complementares de acordo com o protocolo na ESF “Vila Nova do Piauí”/PI, 2015.

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

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

O caso dos usuários diabéticos com os exames complementares em dia, os resultados foram um pouco melhores, mas não foi atingida a meta de 100%. Dos 54 usuários diabéticos cadastrados 43 (79,6 %) tiveram os exames complementares em dia o que se manteve em todos os meses da intervenção, a meta de 100% é a demora na realização dos exames, pois o município não tem laboratório. Esperamos que no futuro quando o município tenha o próprio laboratório não tenhamos mais este tipo de demora na realização dos exames.

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

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada.

Os resultados deste indicador foram de muita satisfação para os usuários porque antes da intervenção alguns pacientes compravam os medicamentos nas farmácias particulares. Depois de implantarmos a intervenção a equipe solicitou à Secretaria de Saúde para comprar estes fármacos, que podem também ser adquiridos na farmácia popular, sendo subsidiados pelo SUS.

Alguns usuários não adquirem os medicamentos da farmácia popular, porque eles têm acompanhamento em clínicas particulares como os cardiologistas. Dos hipertensos que utilizam valsartana, anlodipino e ablok plus e os diabéticos que tomam glimepirida estão fazendo contato com a secretaria para comprar os medicamentos pela secretaria de saúde, esses remédios não estão dentro da lista dos medicamentos da Farmácia Básica do município.

As ações que mais auxiliaram para alcançar estes resultados foi monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia e orientar os usuários e a comunidade quanto ao direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular e possíveis alternativas para obter este acesso. Quanto à proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular priorizada, os resultados foram adequados porque de uma meta proposta de 100%, alcançamos no primeiro mês 229 (95,7%) e mantendo-se assim no segundo e no terceiro mês com 322 (95,7%) com medicamentos prescritos da farmácia popular já no primeiro mês (Figura 9).

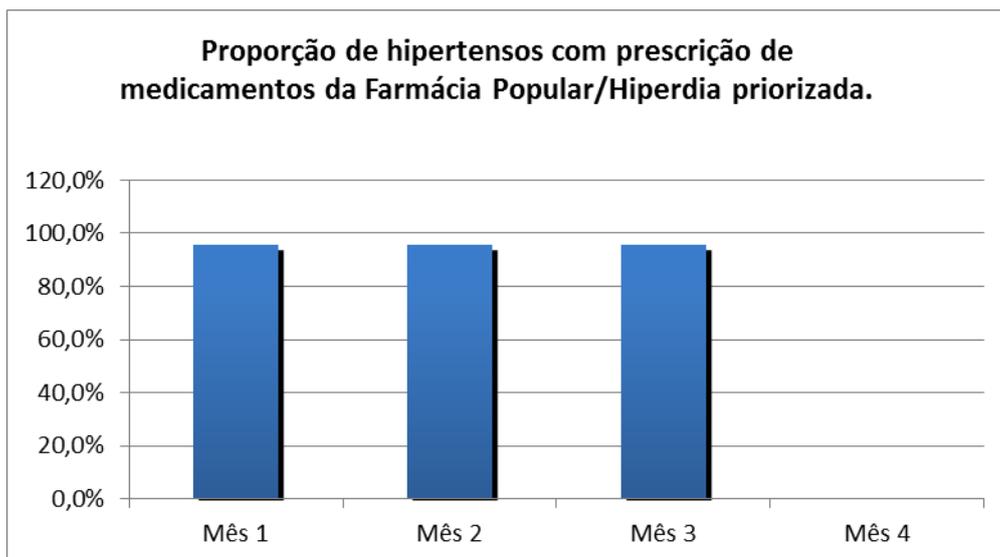


Figura 9. Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada na UBS “Vila Nova do Piauí”/PI, 2015.

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

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

Já no primeiro mês da intervenção atualizamos os registros das medicações e priorizamos nas consultas e visitas domiciliares a prescrição de medicamentos da farmácia popular atingimos já no primeiro mês 51 (95,8%) dos usuários diabéticos tivessem prescrição de medicamentos da farmácia básica, o que se manteve nos dois meses seguintes. Verificamos também através da coleta dos dados que eles estavam com tratamento medicamentos em dia, valores que também demonstram o alcance do objetivo referente à melhoria da qualidade do atendimento ao diabético. A meta de garantir não foi alcançada, entretanto porque alguns também adquirem os medicamentos necessários em farmácias privadas por serem tratados com especialistas.

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

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

Conseguimos realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico no primeiro mês em 181 (76%) dos 239 hipertensos cadastrados no segundo e terceiro mês foram avaliados 264 (76%) dos 347 cadastrados. Antes da intervenção

nenhum usuário tinha realizado avaliação de saúde bucal, esta avaliação só foi possível depois da intervenção, os usuários ficaram muito satisfeitos. Alguns deles não consultavam há muito tempo. A maioria desta população é idosa, e necessita de prótese dentária este é um problema, pois este serviço não é ofertado no município, entretanto já temos um técnico em prótese dentária com a perspectiva de trabalhar para suprir as necessidades de nossos usuários. Para cumprir com este indicador foi muito importante à integração da Equipe de Saúde Bucal na intervenção, a orientação aos usuários sobre a importância de realizar avaliação da saúde bucal e o monitoramento dos hipertensos e diabéticos que necessitaram de atendimento odontológico.

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

Nos usuários diabéticos, conseguimos atingir 45 (83%) dos usuários da mesma forma que os hipertensos a meta não foi atingida em 100% no período de intervenção, entretanto, os pacientes faltantes serão avaliados nas visitas domiciliares com a participação da ESB para alcanças a meta. As ações realizadas pela Equipe de Saúde Bucal foram relevantes e importantes, pois os usuários passaram a procurar o serviço com maior regularidade o que não era um prática antes da intervenção.

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

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

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

Esta meta foi atingida em 100% dos hipertensos, pois avaliamos mês a mês ao pacientes faltosos as consultas na UBAS conforme a periodicidade recomendada, no 1º mês 25 pacientes estavam faltosos com atraso nas consultas e realizamos a busca ativa de todos (100%), no segundo mês a busca ativa de 19 usuários faltosos (100%), e no terceiro mês da intervenção realizamos a busca ativa de 23 (100%) usuários faltosos às consultas. As ações que mais nos auxiliaram para o cumprimento desta meta foi à organização das visitas domiciliares e a informação a comunidade sobre a importância de realização das consultas, os ACS também tiveram um papel importante, da mesma forma todos os usuários diabéticos faltosos

foram localizados através dos ACS e foi realizada busca ativa com agendamento de consulta ou visita domiciliar.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações.

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

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

A meta foi atingida para 100% dos usuários hipertensos no primeiro mês dos 239 cadastrados (100%) estavam com registro adequado na ficha de acompanhamento, no segundo e terceiro mês dos 347(100%) dos usuários.

Em cada consulta médica foram preenchidas adequadamente todos os prontuários e as fichas espelhos e mantidas as informações do SIAB atualizadas. Foi monitorada a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na UBAS. Antes da intervenção os prontuários dos usuários estavam praticamente em branco e alguns deles não tinham prontuários e foi implantada a ficha espelho disponibilizada pelo Curso que é um instrumento muito prático no controle dos usuários. O indicador referente à proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi cumprido mês a mês porque quando os hipertensos e/ou diabéticos compareceram às primeiras consultas ou aos grupos foram cadastrados e foram preenchidas todas as fichas, alguns cadastros foram realizados nas visitas domiciliares no caso de pacientes com dificuldade de locomoção.

A proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento foi mantida para os 54 (100%) pacientes cadastrados desde o primeiro mês.

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

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

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

No primeiro mês dos 239 pacientes cadastrados 167 (70%) estavam com estratificação de risco cardiovascular realizadas no segundo e terceiro mês dos 345 usuários cadastrados 264 (75,6 %). A meta não foi atingida em 100 % pois a

principal dificuldade foi a de que para esta avaliação é necessário a utilização do escore de Framingham que precisa dos exames complementares. O percentual dos avaliados foi maior porque alguns destes hipertensos também são diabéticos e já tem antecedentes de Acidente Vascular Cerebral (AVC), o que a classifica-o como de alto risco cardiovascular sem precisar do escore de Framingham.

Apesar de não atingir a meta este indicador teve um resultado positivo, pois antes da intervenção nenhum usuário tinha sido avaliado e a partir de agora esta será uma rotina.

As ações que mais auxiliaram a nossa equipe foi a capacitação para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo e o monitoramento do número de diabéticos e hipertensos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano (Figura 10).

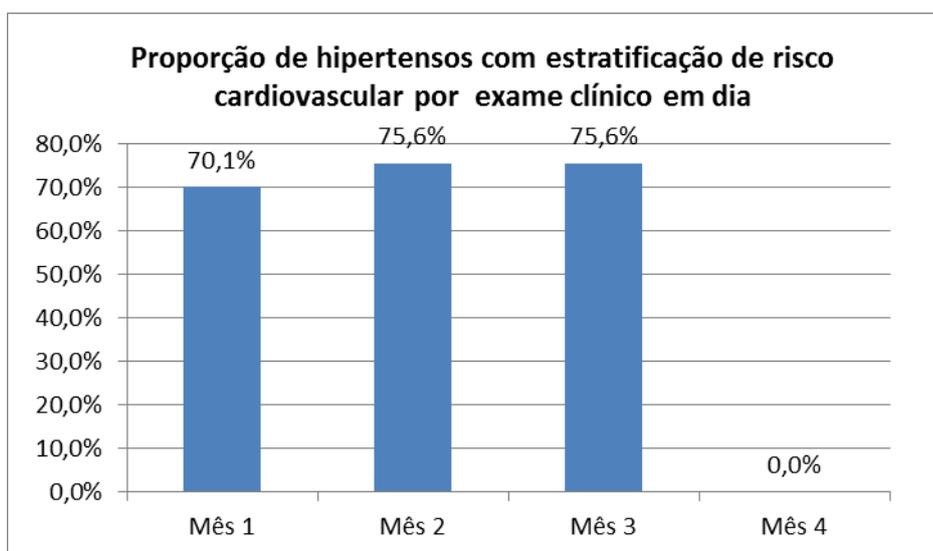


Figura 10. Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular

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

Indicador: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Para os diabéticos, foram realizada estratificação do risco cardiovascular em 42 (79,6%), o resultado se manteve nos três meses da intervenção. Este resultado também está muito relacionado com a realização dos exames complementares, pois alguns usuários ainda não tinham o resultado dos exames até ao final da intervenção, e por alguns consultarem com especialistas.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

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

Com relação aos usuários hipertensos, receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável no primeiro mês 172 (71,8%) dos usuários hipertensos cadastrados, no segundo e terceiro mês 281 (81,3%), (Figura 11). Estas orientações nutricionais foram transmitidas com auxílio dos profissionais nutricionistas e orientações dos profissionais da ESF, usuários foram orientados em palestras organizadas em espaços fora da UBAS, e nas orientações oferecidas aos grupos de hipertensos e diabéticos e reforçadas nas consultas clínicas, esta meta não foi cumprida integralmente pois o tempo de intervenção foi reduzido de 16 para 12 semanas, e pelo fato de alguns usuários terem dificuldade de locomoção e estarem recebendo estas orientações de forma individualizada nas visitas domiciliares e em breve com a continuidade da intervenção todos os usuários terão recebido as orientações nutricionais de forma sistemática.

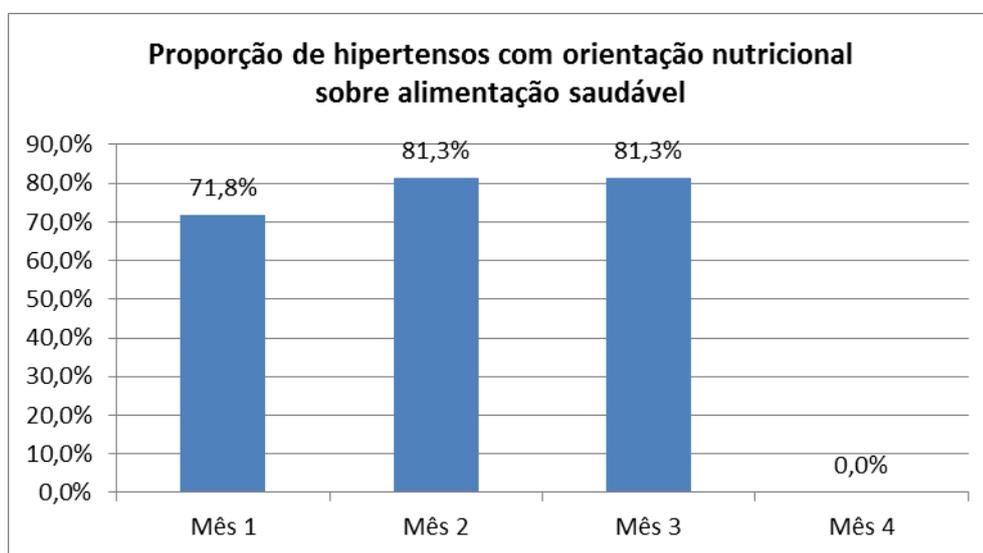


Figura 11. Proporção de hipertensos com orientação nutricional na ESF “Vila Nova do Piauí”/PI, 2015.

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

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

A meta planejada de garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável para 100% dos diabéticos não foi atingida na proporção desejada, mas foi bem significativa, pois no primeiro mês 44 (81,5%) dos usuários receberam orientação nutricional o que se manteve no segundo e terceiro mês. Estas orientações nutricionais foram transmitidas com auxílio dos profissionais nutricionistas e orientações dos profissionais da unidade, usuários foram orientados nas palestras e nas orientações oferecidas aos grupos de hipertensos e diabéticos e reforçadas nas consultas clínicas, esta meta não foi cumprida integralmente pois o tempo de intervenção foi reduzido de 16 para 12 semanas, e no caso dos diabéticos alguns apresentam dificuldades de locomoção ou moram distante da UBAS o que dificulta a presença nos grupos, estes pacientes estão sendo orientados individualmente nas visitas domiciliares.

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

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

No primeiro mês 169 (71,2%) dos pacientes foram orientados e 281 (80,7%) dos usuários foram orientados no segundo e terceiro meses. (Figura 12) Os usuários foram orientados sobre a importância da prática regular de atividade física nas oficinas e nas palestras oferecidas nos grupos mensais e reforçadas nas consultas clínicas. Foram desenvolvidas muitas ações como a capacitação da equipe da unidade de saúde sobre a promoção da prática de atividade física regular e orientação aos usuários. É muito importante orientar também a comunidade como um todo sobre a importância da prática de atividade física regular e demandar junto aos gestores, parceiras institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades, esta meta não foi cumprida integralmente pelo grande número de usuários hipertensos o que dificulta a orientação de todos em um curto espaço de tempo, e pelo fato do período de intervenção ter sido reduzido de 16 para 12 semanas.

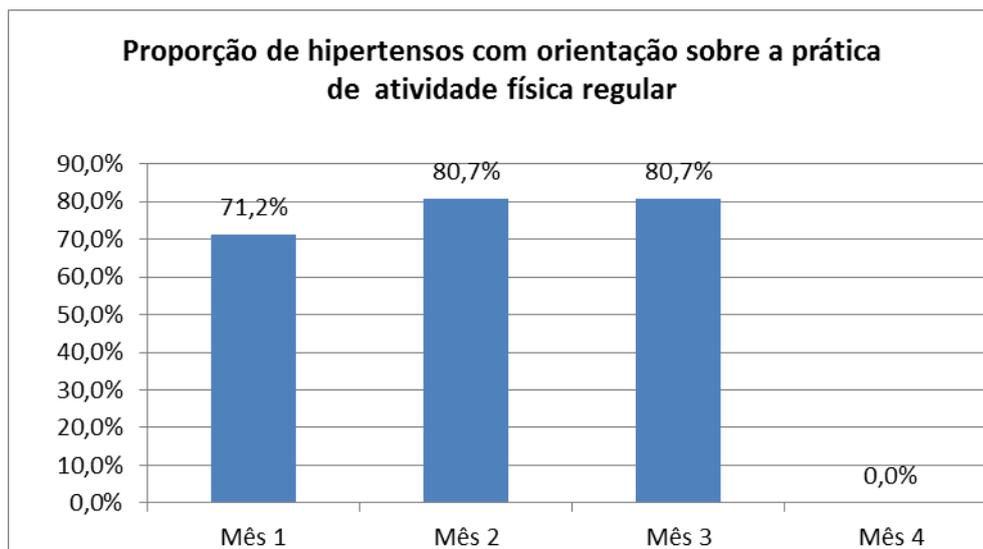


Figura 12. Proporção de hipertensos com orientação em relação à prática regular de atividade física na ESF “Vila Nova do Piauí”/PI, 2015

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

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

A meta planejada de garantir orientação em relação à prática regular de atividade física para 100% dos diabéticos não foi atingida na proporção desejada, mas também foi bem significativa, pois no primeiro mês 44 (81,5%) dos usuários receberam orientação o que se manteve no segundo e terceiro mês, estas atividades foram realizadas conjuntamente com as orientações sobre nutrição saudável atingindo assim o mesmo percentual de usuários. Entretanto estas ações seguirão sendo realizadas para que estes 10 usuários faltantes recebam estas orientações em consultas, e em visitas domiciliares de forma individualizada de acordo com as suas necessidades, quando nas visitas pretendemos que estas informações sejam estendidas para os familiares e cuidadores.

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

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

A cobertura de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo ao longo dos meses da intervenção e cadastrados na intervenção, foi de 169 (71,5%) no primeiro mês, e de 281 (81%) no segundo e terceiro mês. Esta ação

foi realizada em conjunto com toda a equipe de saúde e juntamente com outras orientações em saúde na UBS e em ação coletiva fora desta (Figura 13).

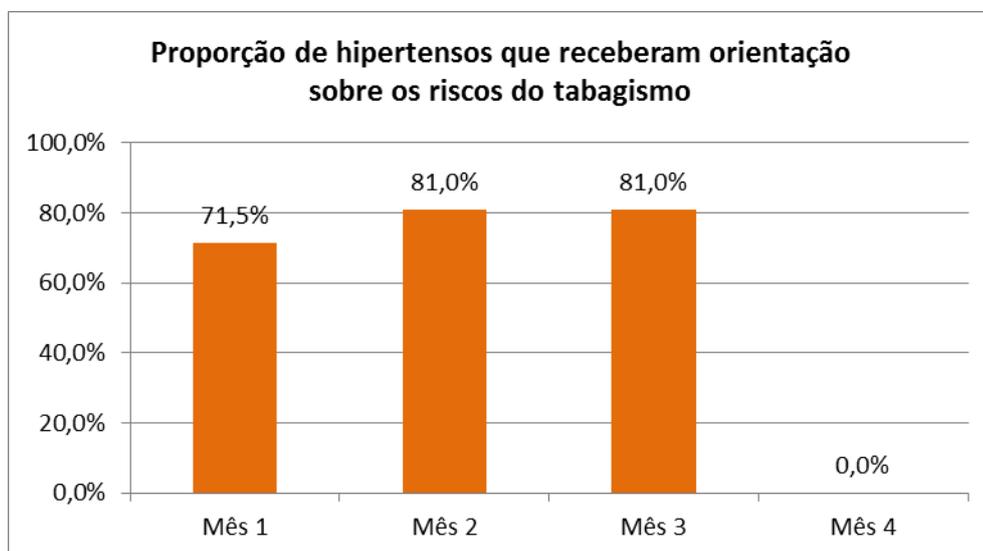


Figura 13. Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo na ESF “Vila Nova do Piauí”/PI, 2015

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

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

A meta de orientar aos 100 % dos diabéticos sobre os riscos do tabagismo não foi atingida integralmente, no primeiro mês atingimos 43 (81,5%) estas atividades foram realizadas conjuntamente com as orientações nutrição saudável atingindo assim o mesmo percentual de pacientes. Entretanto estas ações seguirão sendo realizadas para os usuários faltantes que estão recebendo estas orientações em consultas, e nas visitas domiciliares de forma individualizada de acordo com as suas necessidades.

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

Indicador: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Para os hipertensos a orientação foi realizada para 169 (71,8 %) usuários no primeiro mês, e 281 (81,3%) nos segundo e terceiro mês. (Figura15)

A meta foi atingida em orientação sobre higiene bucal, foram oferecidas palestras e demonstrações nas consultas pela a Equipe de Saúde Bucal aos usuários, estas ações nunca tinham sido realizadas antes da intervenção e a equipe

de saúde bucal e proporcionou a inserção da ESB nas práticas coletivas realizadas pela ESF.

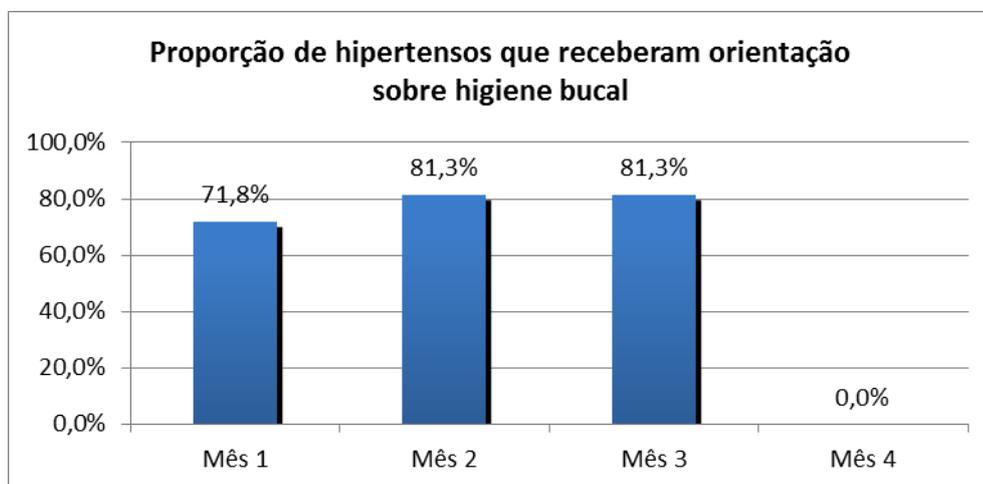


Figura 14. Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal na ESF “Vila Nova do Piauí”/PI, 2015

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

Indicador: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Para os usuários diabéticos foram orientados 44 (81,5%) durante a intervenção, os usuários que não puderam comparecer às ações coletivas estão recebendo as orientações nas visitas domiciliares pela ESB e nas consultas odontológicas, desta forma com a continuidade da intervenção iremos ampliar para 100% a cobertura desta ação para os usuários diabéticos.

4.2 Discussão.

A Hipertensão Arterial Sistêmica e o Diabetes configuram-se como os agravos crônicos mais comuns e com repercussões clínicas graves. Em todo o mundo a cada ano milhões de pessoas morrem por causa de complicações decorrentes destas doenças. No Brasil, com o intuito de melhor atender os indivíduos portadores de hipertensão e diabetes, o Ministério da Saúde criou o Hiperdia, um programa que visa cadastrar, acompanhar estes indivíduos bem como subsidiar os medicamentos preconizados para o controle destas doenças para os municípios que aderirem ao programa.

A intervenção na ESF Vila Nova do Piauí propiciou a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos, melhoria dos registros e a qualificação da atenção, com destaque para realização do exame clínico apropriado, prescrição de medicamentos da farmácia popular e atendimento odontológico. Não foi possível garantir que todos os hipertensos e diabéticos realizassem os exames complementares, muitos deles tinham marcado a realização dos exames no mês seguinte a coleta dos dados, mas com a intervenção um maior número de hipertensos e diabéticos tiveram a possibilidade de realizá-los, o que permitiu também a classificação de risco de ambos os grupos, o que nos permitiu priorizar o atendimento dos usuários. Com a intervenção foi possível promover a saúde de hipertensos e diabéticos em hábitos de alimentação saudável, prática de atividade física, saúde bucal e riscos de tabagismo. Com a realização da intervenção consegui a ampliação da cobertura da atenção aos hipertensos e diabéticos da área de abrangência, alcançar um melhor controle da doença desses pacientes, melhorou a adesão ao tratamento; diminuir o número de encaminhamentos por complicações, melhoria dos registros assim como da atenção qualificada e completa que agora recebem com destaque da realização do exame periódico dos pés dos diabéticos e a avaliação de risco cardiovascular de ambos os grupos. Foi proporcionado maior conhecimento sobre a Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial e suas complicações para toda a equipe e para a comunidade em geral o que permitiu um maior conforto e bem-estar aos pacientes. Vale ressaltar que o sucesso dependeu de um conjunto de ações de caráter educativo, terapêutico e de controle de seguimento, desenvolvidas com a participação de equipe multiprofissional.

Foi de muita satisfação para os usuários e familiares às visitas domiciliares que nossa equipe fez aos idosos que não podem assistir as consultas na unidade por problemas de saúde. As palestras oferecidas aos usuários hipertensos e diabéticos e demais membros da comunidade foi de muito impacto na população. Usuários que compravam os medicamentos nas farmácias particulares foram beneficiados com as negociações feitas por nossa equipe para aquisição dos medicamentos na farmácia básica. Os usuários receberam atendimentos odontológicos prioritários e a possibilidade de fazer os exames complementares pelo SUS. Apesar da ampliação da cobertura do programa e de termos atingido a maioria das nossas metas iniciais julgamos que é necessário, com a continuidade da intervenção, ampliarmos a cobertura das ações que não atingimos 100%, como as ações coletivas educativas

para usuários hipertensos e diabéticos e para os seus familiares, além de continuarmos atentos para diagnosticar novos casos ampliando a cobertura do programa.

Importância da intervenção para a equipe

A intervenção proporcionou a capacitação da equipe para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico, tratamento e monitoramento da Hipertensão e Diabetes Mellitus, além disso, a intervenção demonstrou a importância de manter as capacitações frequentes da equipe. Esta atividade promoveu um trabalho em conjunto multidisciplinar com o apoio de todos os profissionais da unidade, pois contei com o auxílio das técnicas de enfermagem através da aferição dos sinais e realização dos testes de glicemia e controle de pressão arterial, das enfermeiras através de palestras e acompanhamento dos pacientes, de diversos profissionais na avaliação de risco e através de palestras, na execução de atividades físicas sempre monitoradas, do ACS da área que esteve sempre junto nos encontros sendo responsável pelo acolhimento e busca ativa dos participantes faltosos e também orientações para os familiares.

Foi muito importante o trabalho dos ACS na orientação de diabéticos, quanto a realizar as consultas em sua periodicidade, na organização de visitas domiciliares. A auxiliar de enfermagem foram os principais responsáveis pelo preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento destes usuários, na medição do peso e altura para o cálculo do índice de massa corporal. A enfermeira da equipe teve um papel muito importante na organização da capacitação aos ACS e nas consultas dos usuários. Acho que foi muito importante à integração da equipe de saúde bucal a esta intervenção melhorando os atendimentos odontológicos destes usuários. O processo de intervenção acabou tendo impacto também em outras atividades do serviço e o engajamento de outros profissionais como nutricionista e psicóloga, que realizaram algumas atividades nos grupos de saúde desenvolvidos e outras palestras na comunidade.

Importância da intervenção para o serviço

A introdução do uso dos protocolos de atendimento de hipertensos e diabéticos foi uma grande vitória para nosso serviço assim como fundamental na melhoria do acolhimento e atendimento na UBS. A intervenção demonstrou que a atenção à saúde desses pacientes depende também do acompanhamento de outros

profissionais não só do médico e do enfermeiro, mas que a nutricionista, dentista e fisioterapeuta são indispensáveis para evitar as complicações. O trabalho em equipe é importante para a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento sendo talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação aos pacientes hipertensos e diabéticos. Todas estas ações realizadas junto com a equipe permitiram a atenção ao maior número de usuários acolhidos na unidade. A melhora dos registros e dos agendamentos dos hipertensos e diabéticos possibilitou a otimização da agenda para atenção à demanda espontânea. A classificação do risco cardiovascular dos hipertensos e diabéticos é crucial para a priorização e agendamento dos pacientes, bem como para o acompanhamento de tratamento. Hoje, a qualidade do serviço aos usuários é muito mais qualificada.

O que faria diferente caso fosse realizar a intervenção neste momento

A intervenção poderia ter sido facilitada se desde a análise situacional tivéssemos articulado melhor as atividades desenvolvidas pela equipe.

O impacto da intervenção ainda é pouco percebido pela comunidade de forma geral, mas os hipertensos e diabéticos demonstram satisfação com a prioridade no atendimento, porém gera insatisfação na sala de espera entre os outros membros da comunidade que desconhecem o motivo desta priorização, além disso, todos os usuários foram acolhidos adequadamente e atendidas suas demandas.

A intervenção poderia ter sido mais bem planejada porque nós propusemos metas de cobertura muito alta para tão pouco tempo, além de que o quarto mês da intervenção não foi realizado por orientação do Curso; também no caso da meta dos exames complementares devia ter sido mais baixa tendo em conta a situação objetiva que tem este município com o laboratório clínico. No entanto, como a intervenção será incorporada a rotina de nosso serviço, e esperamos alcançar essas metas nos meses subsequentes.

Além disso, também faltou uma articulação com a comunidade para explicitar os critérios para priorização da atenção e discutir a melhor maneira de implementar isto. Agora que estamos no fim do projeto, percebo que a equipe está integrada e, como iremos incorporar a intervenção à rotina do serviço, teremos condições de superar algumas das dificuldades encontradas inicialmente.

Viabilidade de incorporar nossa intervenção à rotina do serviço/ que melhorias pretende fazer na intervenção

A intervenção já foi incorporada na rotina do serviço, pois os encontros continuam acontecendo, porém agora quinzenalmente, mas devemos ampliar o trabalho de conscientização da comunidade e principalmente dos familiares e dos diabéticos e hipertensos quanto à necessidade das mudanças de hábitos para alcançar uma melhor qualidade de vida e saúde. Percebo que a equipe está integrada e interessada em dar continuidade à intervenção na rotina do serviço, porém continuamente temos que realizar avaliação da qualidade e da atenção prestada ao paciente hipertenso e diabético.

Quais os próximos passos

Provavelmente a partir da segunda metade do ano (julho-agosto) pretendemos investir na ampliação de cobertura dos hipertensos e diabéticos até atingir a meta dos 100% dos pacientes diabéticos e hipertensos da área de abrangência, e realizar as atividades educativas para 100% dos cadastrados e para os seus familiares.

Nossa equipe também está pensando no futuro melhorar os atendimentos aos idosos e para fazer todas estas atividades precisaram de planejamento e organização de nosso trabalho. Também temos planejado incrementar as atividades de promoção e prevenção à saúde dos adolescentes. A nossa principal tarefa é ajudar as comunidades a melhorar a saúde.

5. Relatório da intervenção para gestores

A intervenção teve como objetivo da melhoria da atenção ao usuário com hipertensão arterial sistêmica e diabetes mellitus na área que abrange da Unidade Básica Avançada de Saúde Dirceu Arcoverde. Tínhamos o objetivo de aumentar o número de usuários no programa de Hiperdia e desenvolver com eles todas as ações normatizadas pelo Ministério da Saúde para aumentar a qualidade dos atendimentos a estes grupos.

Conseguimos cadastrar um total de 347 usuários hipertensos o que representa o 100% dos hipertensos da nossa área, e 54 (100%) dos usuários diabéticos. O mais importante desta intervenção foi à qualificação da atenção à saúde resultante da mesma, nossa equipe já tinha cadastrados alguns usuários no programa mas os dados não estavam atualizados e a principal atividade que se fazia era a entrega dos medicamentos mensalmente. Com a implantação da intervenção temos conquistado muitas mudanças, foram feitas as ações de saúde recomendadas pelo Ministério da Saúde como a realização do exame clínico

apropriado a todos os usuários na primeira consulta medica incluindo o exame bucal e encaminhamento para consulta de odontologia com prioridade para estes usuários, a indicação dos exames complementares.

Muitos pacientes ainda necessitam atualizar seus exames clínicos, temos tido dificuldades neste sentido .pela situação que não temos o laboratório clínico em nosso município, mas esperamos que no futuro quando o município tenha o próprio laboratório o problema seja resolvido.

Foi possível com esta intervenção, a priorização dos medicamentos da Farmácia básica, fato que foi possível graças aos gestores do município que atenderam ao pedido de nossa equipe para a compra de um grupo importantes de medicamentos que não estavam disponíveis anteriormente, hoje os usuários mostram se muito satisfeitos, temos alguns usuários que controlam as patologias com medicamentos que não estão na lista de medicamentos da farmácia popular, por consultarem com especialistas.

Aos diabéticos e hipertensos idosos e em cadeiras de rodas ou por outras dificuldades motoras que não compareceram às consultas planejadas, nossa equipe fez visitas domiciliares garantindo o exame clínico de qualidade a indicação dos exames complementares e a entrega dos medicamentos da farmácia básica, fato que foi de muita satisfação para os usuários do grupo e para os seus familiares.

Com a intervenção nossa equipe melhorou muito os registros dos diabéticos e hipertensos, todos os prontuários foram preenchidos adequadamente e a novidade foi a implementação da ficha espelho dos usuários que é de muita ajuda porque tem um formato resumido com as principais informações dos usuários permitindo-nos com os dados do exame clínico e laboratorial fazer uma classificação do risco cardiovascular dos usuários que é muito importante na hora de planejar as consultas e as ações para cada um dos usuários.

Os diabéticos e hipertensos cadastrados receberam orientações na consulta médica sobre hábitos alimentares saudáveis, prática de atividade física, saúde bucal e os danos do tabagismo além das palestras que foram feitas nas diferentes áreas de nossa população com grande satisfação para usuários e população geral. Além dos resultados precisamos aumentar as atividades de promoção de saúde nas comunidades e para cumprir esses objetivos precisamos de recursos materiais e transporte para visitar as populações mais distantes das UBS.

Nossa equipe tem como propósito que a intervenção faça parte da rotina diária de trabalho de nossa ESF, vamos trabalhar na implantação de outras ações programáticas com o programa de atenção aos adolescentes e contamos com a continuidade do apoio até então oferecido pela gestão do município.

6. Relatório da Intervenção para a comunidade.

Nossa equipe de saúde fez um trabalho para melhorar a atenção da população hipertensa e diabética de nossa área. Para isso foi necessário fazer mudanças no jeito de trabalhar para que um maior número de hipertensos e diabéticos pudessem ser incorporados ao programa e melhorar assim a sua saúde. Para alcançar os objetivos propostos foi preciso fazer algumas mudanças na organização das ações da Equipe. Primeiro foi necessário planejar horários de trabalho só para o atendimento de hipertensos e diabéticos, além de atender também a demanda espontânea e algumas urgências. Esta medida foi muito importante e nos permitiu fazer um exame físico bem feito, e escutar suas queixas.

Além disso, solicitamos exames de sangue, urina e ECG a quem precisar. Ainda apresentamos algumas dificuldades porque são um pouco demorados os resultados, mas a secretaria municipal e o prefeito do município buscou a solução do problema, montaram um ponto de coleta de um laboratório clínica, com quem tem convenio.

Os diabéticos e hipertensos receberam avaliação das necessidades de atendimento com o dentista e tiveram prioridade nas consultas, foram tratados os problemas que tinham e estão em acompanhamento como dentista de nossa equipe.

Pacientes idosos, que não tem possibilidade de vir a consulta do médico porque estão em cadeira de rodas e muito doentes foram visitados por nossa equipe na própria casa onde também receberam as mesmas ações que ao restante dos hipertensos e diabéticos, e identificamos que ficaram muito satisfeitas com os atendimentos, as visitas estão sendo mantidas para garantir todas as ações dos intervenção

Graças a este trabalho foi possível dar mais orientações aos diabéticos e hipertensos, nossa equipe em cada consulta orientou sobre a alimentação porque esta é uma das principais causas destas doenças; encaminhamos a alguns destes usuários para a nutricionista do NASF que nos apoiou muito no desenvolvimento da

intervenção. Além da alimentação nós falamos muito sobre a importância de fazer atividade física ao menos quatro ou cinco vezes por semana, principalmente a importância de fazer caminhadas porque é uma prática muito simples, não precisa de muitos recursos e está ao alcance de todos. Aos fumantes falamos sobre o risco que tem o tabagismo e a importância de deixar de fumar, encaminhamos alguns para a consulta da psiquiatra para ajuda-los no tratamento. Falamos também em cada consulta sobre a importância da saúde bucal.

O acompanhamento da evolução na saúde das pessoas do Hiperdia é feito constantemente até mesmo com o próprio relato dos participantes, e a motivação de cada um deles é estampada no olhar, pacientes que relatam que tomavam medicamento e tinham reações adversas, nessas reuniões descobriu com a farmacêutica que a forma que tomava o medicamento estava sendo errada, e que depois veio a tomar corretamente os sintomas que ele achava que era do medicamento na realidade era ele que não sabia como tomar, estas informações fizeram com que os pacientes se interessassem mais com a sua saúde e seu bem estar.

Agradecemos a toda a comunidade pelo apoio!

7. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Acho que as expectativas que tinha sobre a realização do Curso de especialização foram amplamente satisfeitas e superadas em alguns aspectos. A cada momentos do curso, a cada semana fui adquirindo um maior conhecimentos do Sistema Único de Saúde (SUS), acompanhado dos conhecimentos da prática clínica. O primeiro passo do curso, a análise Situacional foi uma boa ferramenta que nos permitiu o diagnóstico de onde estávamos, quais as principais dificuldades estruturais e organizativas de nossa UBAS e como a nossa equipe estava se desenvolvendo para enfrentar as demandas da população e cumprir com os programas normatizados pelo MS. Foram muitos os problemas identificados nesta análise situacional, e nossa equipe tem a responsabilidade de resolver. Mas como todos os problemas não podem se resolver ao mesmo tempo, nossa equipe decidiu começar a intervir num problema que afeta a um importante número de pessoas, a HAS e o DM, ação programática que apresentava muitas dificuldades.

No seguinte passo que foi a realização do projeto significou para nós a possibilidade de não só identificar os problemas como também o jeito de resolvê-los.

Achei muito interessante a metodologia sugerida pela universidade para fazer as intervenções e tem a vantagem que podem ser aplicadas em outras ações programáticas que nos permitirão no futuro resolver os problemas que apresentamos com outros programas.

Já na intervenção propriamente dita, me senti muito melhor porque aplicamos na prática do dia a dia os conhecimentos teóricos adquiridos no curso, fazer o trabalho foi de muita satisfação para toda a nossa equipe porque os usuários mostraram-se muito contentes com todas as ações feitas por nós e foi possível a capacitação dos membros da equipe no programa de HAS e DM. Com a intervenção nós começamos a dar mais importância aos registros dos usuários e a implantação da ficha espelho nos permitiu uma maior organização do trabalho. Acho que o aprendizado mais relevante do curso foi precisamente o desenho e aplicação da intervenção porque nos ensinou como enfrentar e resolver os problemas de saúde na atenção primária, além de que as demais atividades do curso, como os estudos de prática clínica, os casos clínicos e os fóruns complementaram nossa formação. Para nós profissionais estrangeiros do Programa Mais Médicos a realização do Curso de especialização foi muito importante porque nos mostrou a realidade do estado de saúde da população brasileira, e nos ensinou como identificar e resolver os principais problemas de saúde da população de acordo aos protocolos normatizados pelo MS.

Fazendo uma reflexão sobre o processo de aprendizagem do curso posso dizer que está de acordo às expectativas iniciais, pois o projeto de intervenção realizado contribuiu para melhorar a atenção aos hipertensos e diabéticos da área de abrangência, que era meu principal intuito em fazer a especialização. Através do trabalho diferenciado que a especialização me promoveu, juntamente com a equipe, conseguimos uma boa cobertura das ações, desenvolvemos atividades de promoção de saúde na unidade, vinculamos a aprendizagem ao trabalho assistencial na UBS e ampliamos nossos conhecimentos da atenção básica de acordo com as normas brasileiras da Atenção Básica na Saúde.

Para a prática profissional, o curso foi muito bom porque contribuiu para trabalho na atenção básica de acordo aos protocolos do Ministério da Saúde, vinculando os conhecimentos ao trabalho da unidade. Os aprendizados mais importantes estiveram relacionados com a atualização das doenças (Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus) que estão relacionados com as Diretrizes

Brasileiras para a Saúde da Família. Também vinculamos aos integrantes da equipe o conhecimento do protocolo, as funções e seu vínculo com outros profissionais da unidade, promovendo o trabalho inter e multidisciplinar.

Acredito que o curso de especialização e o projeto de intervenção realizado, culminando com esse TCC, servirão de base para trabalhar em outros programas da Estratégia da Saúde da Família (Saúde do Idoso, Saúde da Criança, Atenção Integral da Mulher) melhorando, assim, a cobertura e a qualidade de vida na comunidade.

Nesta intervenção vinculamos a comunidade ao trabalho em ações de promoção de saúde em parceria com a equipe. Melhoramos o vínculo com líderes formais da comunidade e melhoramos seus conhecimentos em ações preventivas.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013a.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica DIABETES MELLITUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013b.

Apêndice

Apêndice A. Boletim informativo: "O que todos devem saber sobre hipertensão e diabetes"

PRECISA FAZER MUDANÇAS NA DIETA.
Tanto o diabetes quanto a hipertensão se correlacionam com a dieta e merecem uma atenção especial. A **pressão alta** pede atenção para a ingestão de **sódio** e o diabetes com as doses de **açúcar** na dieta. Por isso, manear no sal como tempero, em alimentos industrializados, enlatados, molhos e temperos prontos, queijos salgados (como gorgonzola, **muçarela** e parmesão), molho de soja, mel, doces no geral. No caso em que uma ou as duas enfermidades estão descompensadas, é necessário fazer um acompanhamento



O RISCO DE DESENVOLVER ALGUMA COMPLICAÇÃO AUMENTA.
Quando um paciente tem diabetes e hipertensão, ele deve redobrar os cuidados para evitar complicações dessas doenças que normalmente ocorrem de forma concomitante.

DEVE LARGAR VICIOS, COMO ALCOOL E CIGARRO.
Sem dúvidas. O álcool é calórico e interfere no controle da glicemia, e o cigarro acelera o processo de entupimento do vaso sanguíneo.



"O QUE TODOS DEVEM SABER SOBRE HIPERTENSÃO E DIABETES"



OS VALORES DE REFERÊNCIA.
Se o paciente hipertenso não tem diabetes, a pressão arterial deve estar abaixo de 14/9 mmHg, caso tenha diabetes, sua pressão arterial ideal é de 13/8 mmHg.
Para a glicose no sangue, são aceitos os valores alvo de glicemia de jejum, glicemia pós-prandial e hemoglobina glicada são 110 mg/dl, 140 mg/dl e 7,0%, respectivamente.



HIPERTENSÃO ARTERIAL E A DIABETES MELLITUS
Se você tem uma, é melhor ficar atento à outra. Apesar de serem doenças diferentes, a **hipertensão** e o **diabetes** frequentemente caminham lado a lado, pedindo mais cuidados durante o tratamento. De acordo com o Ministério da Saúde, aproximadamente 22,7% da população brasileira é diagnosticada com hipertensão e 5,6% possui diabetes.

"Todos os pacientes hipertensos e com diabetes devem praticar atividade física, a não ser que exista alguma contra-indicação formal, como problema cardiovascular, dificuldade para enxergar e complicações neuropáticas ou vasculares em membros inferiores;"



DEVE TRATAR AS DUAS DOENÇAS DE UMA VEZ NÃO SEPARADAMENTE.
É importante que as duas doenças sejam mantidas sob controle ao mesmo tempo. O tratamento do diabetes e da hipertensão inclui reeducação alimentar, manutenção do peso adequado, prática regular de **exercícios** físicos e, se necessário, uso de medicamentos. Por se tratarem de doenças crônicas, não se pode abandonar o acompanhamento de uma em detrimento da outra, é um processo conjunto e contínuo, para a vida a toda.
O descontrole de qualquer uma dessas doenças, mesmo que isoladamente, aumenta o risco de **doenças cardiovasculares** (infarto, angina, insuficiência cardíaca), e quando associadas as chances aumentam ainda mais.

Anexos

Anexo A. Planilha de coleta de dados

Argelo Hernandez semana 13 [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel (Falha na Ativação do Produto)

Arquivo Página Inicial Inserir Layout da Página Fórmulas Dados Revisão Exibição

Calibri 11

Fonte Alinhamento Número

Formato Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula Inserir Excluir Formatar Células

AutoSoma Preencher Limpar Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar Edição

C13 =Mês 1!C13

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês													
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertensão ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O paciente está com registro adequado na ficha de acompanhamento?	A estratificação de risco cardiovascular por exame clínico está em dia?	O paciente recebeu orientação nutricional sobre alimentação saudável?	O paciente recebeu orientação sobre a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
1	1	Frutuoso P de Silva	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0
2	2	Jose Manoel Rodrigues	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
3	3	Josefa Maria de Jesus	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1
4	4	Maria Ana de J Leal	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1
5	5	Zilda Josina de Jesus	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0
6	6	Daiva Luzia da Silva Sousa	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7	7	Franisca Januaria de Jesus	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
8	8	Andrelina de Sousa Leal	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
9	9	Clenilda da Silva Sousa	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0
10	10	Maria Hilda Leal Souza	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
11	11	Helena de Jesus Filha	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
12	12	Otilia Maria de Araujo	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0
13	13	Eunice Laudelina da Luz	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

Pronto 78%

