

UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 7



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da atenção à saúde dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos da UBS Luís Gonzaga da Rocha, São Julião/PI.

Diana Pupo Pérez

Pelotas, 2015

Diana Pupo Pérez

Melhoria da atenção à saúde dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos da UBS Luís Gonzaga da Rocha, São Julião/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**

P984m Pupo Pérez, Diana

Melhoria da atenção à saúde dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos da UBS Luís Gonzaga da Rocha, São Julião/PI / Diana Pupo Pérez; Cleusa Marfiza Guimarães Jaccottet, orientadora. – Pelotas: UFPeL, 2015.

67 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

Dedico este Trabalho a toda minha família, pelo amor e apoio que me dedicam a cada dia, mesmo que de tão longe para assim poder continuar trabalhando neste país, contribuindo para melhorar os índices de saúde e qualidade de vida da população.

Dedico também a todas as pessoas maravilhosas que conheci neste país, minha segunda família.

Agradecimentos

Agradeço primeiro a Deus por seu grande amor e por zelar pela minha família para poder continuar meu trabalho neste país;

À Secretária de Saúde do município de São Julião pela ajuda na execução deste projeto de intervenção;

À Coordenadora da Unidade Básica de Saúde;

A toda minha equipe de saúde, sem os quais teria sido impossível executar o projeto intervenção;

Aos gestores;

Às minhas orientadoras do Curso, primeiro a Alexandra e posteriormente a Cleusa pelo apoio incondicional oferecido neste período no qual aprendi e pude compartilhar conhecimentos de grande importância para nosso desenvolvimento como profissionais da saúde.

Obrigada!

Resumo

PUPO PEREZ, Diana: Melhoria da atenção à saúde dos pacientes hipertensos e/ou diabéticos da UBS Luís Gonzaga da Rocha, São Julião/PI/ 2015. 78f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, Ano 2015.

O presente trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas/ UNASUS caracteriza-se pela realização de uma intervenção em Atenção Primária à Saúde na Unidade Básica de Saúde (UBS) Luiz Gonzaga da Rocha, em São Julião/ PI, Brasil. A intervenção se desenvolveu em doze semanas, entre os meses de março a maio do ano de 2015, e teve como objetivo melhorar a atenção aos adultos portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica e/ou Diabetes Mellitus, tendo como base os protocolos do Ministério da Saúde para atenção aos usuários hipertensos e diabéticos. A intervenção foi realizada abordando os 4 eixos temáticos do Curso: qualificação da prática clínica, engajamento público, monitoramento e avaliação e organização da gestão do serviço. A nossa UBS está localizada na área urbana do município São Julião, PI. O Serviço tem registros de monitoramento para estes usuários, porém nem toda a população-alvo tem registro adequado. Identificamos que atendíamos na UBS apenas 186 hipertensos e 18 diabéticos na consulta de hiperdia. Neste contexto, conseguimos alcançar os seguintes indicadores: para cobertura do programa de atenção ao hipertenso cadastramos 299 (72%) dos usuários hipertensos. Quanto ao indicador de cobertura do programa de atenção ao alcançamos 75 (100%) dos usuários diabéticos. Foram realizadas atividades capacitação dos profissionais e de promoção a saúde relacionadas com as doenças crônicas não transmissíveis como HAS e DM nos diferentes bairros da comunidade. Os resultados mostraram que os usuários tinham pouco conhecimento da doença de base antes da intervenção. Com a intervenção, percebemos uma melhoria significativa, tanto no nível de conhecimento, como mudanças para estilos de vida saudáveis, cumprimento dos tratamentos prescritos e melhora da qualidade de vida.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Fotografia exame clínico paciente Hipertensão.....	46
Figura 2	Fotografias visitas domiciliares pacientes acamados.....	47
Gráfico 1	Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS.....	51
Gráfico 2	Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS.....	52
Gráfico 3	Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	53
Gráfico 4	Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	53
Gráfico 5	Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	55
Gráfico 6	Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	56
Gráfico 7	Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hipertensão.....	57
Gráfico 8	Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hipertensão priorizada.....	58
Gráfico 9	Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	59
Gráfico 10	Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	59
Gráfico 11	Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	61
Gráfico 12	Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento	61

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos.

ACS	Agente comunitário da Saúde
ESB -	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Estratégia da Saúde da Família
NASF	Núcleo de apoio à saúde da família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	8
1 Análise Situacional	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	9
1.2 Relatório da Análise Situacional	10
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional	15
2 Análise Estratégica	16
2.1 Justificativa	16
2.2 Objetivos e metas	17
2.2.1 Objetivo geral	17
2.3 Metodologia	19
2.3.1 Detalhamento das ações	19
2.3.2 Indicadores	29
2.3.3 Logística	33
2.3.4 Cronograma	36
3 Relatório da Intervenção	38
3.1 Ações previstas e desenvolvidas	38
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas	41
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados	41
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	41
4 Avaliação da intervenção	42
4.1 Resultados	42
4.2 Discussão	53
5 Relatório da intervenção para gestores	55
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	57

Apresentação

O presente volume refere-se ao Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família – Modalidade EaD, promovido pela Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em parceria com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UNASUS). O trabalho apresenta o relato da realização de uma intervenção voltada para a melhoria da atenção aos Hipertensos e/ou Diabéticos na UBS Luiz Gonzaga da Rocha, Município São Julião / PI.

O volume está organizado por seções, segundo as Unidades de aprendizagem propostas pelo Curso, Unidade 1 refere-se à Análise situacional; na Unidade 2 é apresentada a Análise estratégica: projeto de intervenção; e a Unidade 3 refere-se à Intervenção onde é apresentado o Relatório da intervenção realizada durante 12 semanas. Na Unidade 4 é realizada avaliação da intervenção onde são apresentados os resultados da intervenção, com os gráficos correspondentes aos resultados dos principais indicadores. No final, o volume apresenta uma reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem no decorrer do curso e da implantação da intervenção e um relatório para os gestores e para a comunidade.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Luís Gonzaga da Rocha, localizada no Município São Julião, Piauí, conta com uma equipe de saúde composta por um enfermeiro, duas técnicas de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde (ACS), uma cirurgiã-dentista e uma equipe de NASF.

A UBS tem um consultório médico, uma sala de enfermagem, uma sala de vacinas, uma sala de emergências, uma sala de fisioterapia, um consultório odontológico, um consultório de fonoaudiologia, sala do NASF, uma farmácia e uma sala de reuniões. Em relação à estrutura física, não existem problemas neste momento, não tem rachaduras e nem infiltrações.

Não temos dados exatos do número da população total que atendemos, mas deve ser perto das 3000 pessoas, sendo mais de 1000 famílias. Os ACS trabalham atualmente no registro de toda a população, o qual esperamos que seja finalizado em pouco tempo para saber determinar com maior precisão o número de habitantes.

A comunidade de forma geral é muito carente, e não tem percepção dos riscos das doenças, principalmente as de origem infecciosa como a dengue, doenças diarreicas agudas, tuberculose, que são muito frequentes em nossa comunidade.

Alguns portadores de doenças crônicas não transmissíveis estão descompensados, porque deixam de tomar os medicamentos quando percebem alguma melhora ou por crenças erradas, e desconhecem as complicações que podem acontecer. No momento, há muitos - usuários com incapacidades físicas motoras devido a sequelas de acidentes cerebrovasculares por hipertensão descompensada, muitos pacientes com antecedentes de infartos do miocárdio, outros pacientes com diabetes mellitus que não fazem uma dieta adequada.

É uma população vulnerável e de alto risco a acidentes de trânsito, domésticos e em lugares públicos por desconhecer as informações que precisam para evitá-los. Muitas famílias têm pessoas falecidas em acidente de moto, pessoas jovens, quase sempre homens, que ficam nas ruas de moto sem o capacete e andando em alta velocidade, tomando bebidas alcoólicas. Outros apresentam alguma incapacidade físico-motora como seqüela deste fato.

Existem muitos pacientes dependentes das drogas, álcool, sendo na maioria homens, e alguns já apresentam cirrose hepática e outras complicações sociais, como famílias separadas, gravidez na adolescência, pessoas idosas abandonadas, adolescentes com problemas psicológicos.

A gravidez na adolescência é muito frequente neste município, meninas de 12 a 15 anos que deixam os estudos por não terem uma orientação adequada quanto à prevenção da gravidez e apoio para continuar estudando.

Existem muitos pacientes que consomem medicamentos controlados por problemas psicológicos e psiquiátricos, ansiedade, depressão, esquizofrenias e insônia.

Também sabemos que existem pacientes que tiveram DST, sendo muitos deles pessoas que chegam de outras cidades já com essas doenças. A mais frequente delas é a sífilis.

Muitas mulheres da comunidade não conhecem como fazer um autoexame de mama, não fazem mamografias, algumas há muito tempo que não fazem citologia do colo do útero, penso ser por desconhecimento e outras por problemas econômicos, entretanto algumas mulheres fazem tudo certo.

O programa de vacinas é ótimo, acredito que, principalmente, as crianças e os idosos estejam em dia com o esquema vacinal. A comunidade tem conhecimento sobre a importância da vacinação. Algumas pessoas, recém-chegadas, que vêm morar no município não têm todas as doses de algumas vacinas e estas são atualizadas.

O acompanhamento da puericultura para as crianças de 0 a 12 meses é muito adequado e as mães são muito preocupadas por assistirem as consultas planejadas/programadas. Também o acompanhamento das gestantes que realizam o pré-natal na UBS é muito bom, porém temos que trabalhar com essas mulheres, porque não cumprem com as indicações médicas e tratamentos, como exemplos as gestantes com risco de pré-eclâmpsia ou já diagnosticadas com hipertensão.

Enfim, penso que os trabalhadores de saúde e os gestores do município têm uma grande tarefa a realizar, com o objetivo de melhorar o estado de saúde da população, começando por uma organização dentro da própria UBS implantando práticas de saúde, com o planejamento adequado das ações, como educar a população esclarecendo desde o funcionamento do serviço, com consultas programadas (agendamento), diminuindo a demanda espontânea, bem como promover ações intersetoriais para diminuir os riscos sociais.

1.2 Relatório da Análise Situacional

O Município de São Julião tem uma população de 6042 habitantes. Conta com três UBS, UBS Fujona, UBS Mandacaru e a UBS Sede Luís Gonzaga da Rocha, onde eu atuo. O município iniciou neste ano a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF). A equipe de saúde da sede é a mais completa, as outras ainda estão incompletas. Contamos também com uma equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

O município possui um hospital com atendimento 24 horas de segunda a quarta-feira. Na quinta-feira tem atendimento pediátrico pela manhã e duas vezes ao mês no período da tarde contamos com o cardiogeriatra. Na sexta-feira não tem atendimento médico no hospital, e os sábados tem atendimento médico nos dois turnos. Os usuários do SUS têm direito a especialidades como ortopedia, cardiologia, psiquiatria. Mas ainda continuamos com dificuldade porque a demanda da população é muito grande, a maioria dos usuários que precisam de atendimento especializado são transferidos para outras cidades, como Picos, Pio-X, Fronteiras e Teresina. O Município tem uma ambulância que foi adquirida com recursos próprios e dois carros para transportar os usuários que requerem de algum encaminhamento ou precisam atendimento especializado.

Minha UBS que é a UBS Sede do Município e teve a Estratégia de Saúde da Família- ESF implantada neste ano, localiza-se na área urbana, conta com uma equipe de saúde composta por um médico, um enfermeiro, duas auxiliares de enfermagem, quatro ACS, um dentista, uma técnica auxiliar de dentista, uma equipe do NASF com trabalhador social, duas fisioterapeutas, dois nutricionistas. Não possui vínculo com instituições de ensino.

Inicialmente, a UBS foi construída com os fins de prestar serviços como hospital, ou seja, foi adaptada para ser uma UBS. Sua construção foi no ano de 1994 e está em funcionamento como UBS há cerca de 72 meses. A UBS é adequada, embora não tenha o modelo conforme preconiza o Manual da Estrutura da UBS, mas também não foge muito aos padrões, pois como há 20 anos foi um hospital, tem uma extensão ampla e já sofreu reformas desde sua construção.

De forma geral todas as salas são adequadas, porém a sala de curativos e procedimentos é a mesma sala de nebulização, diferente do preconizado. Não possui abrigo de resíduos. Os resíduos são transportados ao hospital para ser incinerados.

Outros problemas encontrados foram em relação às janelas, que não possuem telas mosquiteiras, e os lavatórios, que não possuem torneiras com fechamento que dispense o uso das mãos. Também não existe sinalização que permita a comunicação em braille e corrimãos nos corredores para auxiliar o acesso de usuários com mobilidade reduzida. Existem muitos banheiros na UBS, mas nenhum adaptado para os pacientes com incapacidades. Os banheiros são amplos, mas as portas são pequenas.

Acreditamos que podemos realizar estratégias para facilitar ou minimizar alguns problemas estruturais, como viabilizar a sinalização em todos os ambientes que facilite a comunicação, seja em forma de textos ou figuras, e procurar atualizar ou modernizar um pouco o mobiliário de forma geral, porque os que existem atualmente são antigos. As barreiras arquitetônicas na UBS não são muitas, mas as que existem podem ser melhoradas com o apoio da Secretaria de Saúde.

Na UBS Luís Gonzaga da Rocha os profissionais têm conhecimento das suas atribuições como trabalhadores da Atenção Básica de Saúde, participando das diferentes atividades baseados na portaria 2488 de 21 de outubro de 2011.

Os profissionais participam do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, na identificação de grupos expostos a riscos, identificação de famílias expostas a riscos, indivíduos expostos a risco, na sinalização das redes sociais e equipamentos sociais. Geralmente em nossa UBS os profissionais que participam deste processo são enfermeiro, médicos e agentes comunitários de saúde.

Os cuidados em saúde são realizados na UBS durante as consultas e atendimentos no domicílio, nas escolas, nas ruas, seja nas visitas domiciliares ou nas atividades de educação em saúde como o mutirão de dengue, e outras atividades de promoção e prevenção. São realizadas buscas dos usuários faltosos aos programas da UBS.

Temos espaço para fazer pequenas cirurgias e procedimentos na UBS, fundamentalmente suturas de ferimentos, curativos de queimaduras, retiradas de pontos cirúrgicos e outros. Também são realizados atendimentos de urgências e emergências e, se necessário, são realizados encaminhamentos ao Hospital Municipal da cidade.

Quanto aos usuários moradores da área de abrangência da UBS que necessitam receber cuidado domiciliar, a visita domiciliar é realizada pelos integrantes da equipe de saúde da UBS e NASF em casos especiais.

Em nossa UBS são realizadas atividades de educação em saúde, nos mutirões, palestras, nas consultas, nas visitas domiciliares, no entanto não temos grupos na UBS. Esta ação deve ser realizada, propondo um trabalho com os diferentes temas de educação em saúde. Todos os profissionais da UBS promovem a participação da comunidade no controle social e identificam parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações Interssetoriais com a equipe.

A vigilância em saúde é uma obrigação de todos os trabalhadores de saúde, porém, as notificações compulsórias somente são realizadas pelo enfermeiro e médico da UBS. Esse tema poderia ser trabalhado na reunião de equipe que acontece mensalmente, solicitando também o comparecimento dos profissionais do NASF e saúde bucal.

O mais importante que temos a fazer é conseguir melhorar a integração de toda a equipe nas diferentes atividades de educação em saúde, de gestão em saúde, e com os gestores de saúde do município. De forma geral, todos conhecem certamente o trabalho que tem que fazer, e fazem, mas existe um pouco de individualidade no trabalho. Devemos também integrar mais a população às atividades de educação em saúde com a organização de grupos específicos de adolescentes, de aleitamento materno, de hipertensos, de diabéticos, e outros. Já temos um grupo da Igreja Católica parceiros da UBS, que fazem visitas domiciliares a pessoas idosas ou incapacitadas.

A população da área de abrangência da UBS é de aproximadamente 3064 habitantes, sendo uma equipe adequada à população da área de abrangência. Porém, são realizados atendimentos a usuários moradores de fora da área da UBS, nos dias em que o hospital da cidade não tem atendimento médico, pois as outras duas UBS só têm atendimento médico um dia na semana, e muitos usuários procuram o hospital e a UBS sede para atendimento.

No início do ano os profissionais da unidade sede estavam sobrecarregados com a demanda espontânea, mas a Secretaria de Saúde contratou médicos para atuarem no hospital. Os horários de atendimento foram organizados e com isso resultamos na diminuição do excesso desta demanda. Ainda necessitamos organizar o agendamento das consultas para melhorar o trabalho e facilitar o acesso da população. No caso das gestantes e crianças de 0 a 12 meses, o acesso é muito mais fácil, não ocorrendo da mesma forma com o restante da população, ainda mais quando atendemos usuários de todo o município e de outros municípios vizinhos.

Na UBS fazemos atendimento e acompanhamento à saúde da criança e entre as principais ações que são desenvolvidas estão: imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, diagnóstico e tratamento de saúde bucal e mental, prevenção de anemia, prevenção de violência, promoção de aleitamento materno, e de hábitos alimentares saudáveis, teste de pezinho, promoção e prevenção de violências, acidentes, entre outras ações. Todas estas ações estão estruturadas segundo as orientações do protocolo do Ministério de Saúde. Geralmente as crianças entre 0 e 12 meses tem seguimento programado com adesão das mães, o que não acontece com as crianças maiores, que só comparecem a UBS para consulta médica quando tem algum problema agudo de saúde ou para realizar a vacinação.

A cobertura da atenção à criança na UBS é muito boa, temos aproximadamente 38 crianças de 0 a 12 meses que fazem atendimento em nossa UBS da área de abrangência que representa o 83% da cobertura. Contamos com registro das crianças na UBS, mas temos que completar o com alguns dados que não temos disponíveis, como o registro do crescimento e desenvolvimento, avaliação de saúde bucal, triagem auditiva, assim, não temos como monitorar e avaliar essas ações. As atividades de educação em saúde são feitas na UBS, antes e durante as consultas, assim como, nas visitas domiciliares.

Em nosso serviço prestamos atendimento de pré-natal, e as ações que são realizadas seguem o protocolo do Ministério de Saúde. Realizamos o diagnóstico e seguimento da grávida com e sem risco, referencias para serviços especializados sempre que requerido, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos de forma geral, de saúde bucal, saúde mental, imunizações, atividades de promoção e prevenção de saúde relacionadas com a gravidez e o puerpério.

Contamos com o registro das gestantes na UBS e a cobertura é de 78%. Um dos problemas evidenciados é que as gestantes não realizam atendimento odontológico no qual já estamos trabalhando para modificar essa realidade. As atividades de educação em saúde são feitas no momento da consulta ou antes destas, não contamos com grupos de gestantes. De forma geral todas as gestantes fazem seu pré-natal na UBS de forma programada e não temos faltosas até este momento. Todas têm suas vacinas em tempo. Temos poucas mulheres que tem sua primeira consulta no segundo ou terceiro trimestre, o que poderia ser melhorado com o rastreamento precoce dessas gestantes.

Em relação ao Programa de Prevenção de Câncer do dolo de útero e câncer de mama temos muitas dificuldades, mais ainda na prevenção de câncer de mama, porque não temos na UBS registros adequados das ações que são realizadas, não temos registro de seguimento das mulheres compreendidas nessa faixa etária, ainda que, saibamos que muitas delas têm a preocupação de fazer sua mamografia, seu autoexame de mama ou exame clínico de mama na consulta, a maioria das mulheres não fazem atendimento algum.

No registro de prevenção de câncer de colo uterino temos 365 mulheres totalizando uma cobertura de 49% de mulheres que realizam o exame na UBS. Acreditamos que no município muitas mulheres estão com o exame em dia, pois muitas mulheres preferem fazer o exame citopatológico nas clínicas privadas, elas têm conhecimento sobre o câncer de colo de útero. Também sabemos que algumas mulheres não fazem o exame por crenças erradas e tabus, mas o acesso para prevenção de câncer de colo de útero e câncer da mama existe a todas as mulheres da área de abrangência. As atividades de educação em saúde que são realizadas nas consultas e nas visitas domiciliares, por toda a equipe, e tem como tema principal a prevenção dessas patologias, sendo bem discutidas nas conversas com as mulheres e a família.

Na UBS fazemos atendimento às doenças crônicas todos os dias da semana, mas temos dois dias específicos para atendimento daqueles usuários que sofrem de hipertensão arterial e diabetes mellitus cadastrados no programa Hiperdia. Realizamos atendimento agendado e atendimento de consultas do dia aos usuários que chegam com problemas agudos relacionados a estas doenças. No registro do Hiperdia da UBS estão anotados todos os usuários que sofrem de hipertensão e diabetes mellitus e que tem tratamento com medicamentos que são oferecidos de graça pelo Sistema Único

de Saúde (SUS), distribuídos na UBS ou adquiridos nas Farmácias Populares. Além dos medicamentos em uso, também temos registrado a identificação dos fatores de risco, os dias que tiveram atendimento e o dia que devem voltar à consulta. Quanto à periodicidade da consulta, alguns retornam em seis meses, outros três e poucos anualmente, sempre levando em consideração os fatores de risco cardiovascular ou alguma sequela por lesão de órgão alvo produzido por estas doenças. Além disso, como a população possui um baixo nível de escolaridade e crenças erradas sobre as diferentes enfermidades, necessitam ser vigiados/monitorados de perto. Na área de abrangência temos um total estimado de 417 para um 20.8% hipertensos e 65 diabéticos para um 2.1%. Identificamos que na consulta de hiperdia so atendíamos 186 hipertensos e 18 diabéticos.

O município tem duas UBS que não possuem atendimento médico durante toda a semana e os usuários dessas áreas também procuram atendimento na UBS sede e no Hospital, em torno de 300 hipertensos e 50 diabéticos. O Município tem grande demanda de consulta diária, só que esta distribuída entre o Hospital e a UBS. E muitas destas consultas são devidas a doenças crônicas descompensadas, entre elas hipertensão e diabetes mellitus.

Fazemos atividades de educação em saúde e a maioria dos usuários tem conhecimento das orientações para ter uma evolução adequada de suas doenças, mas não as seguem. Outros têm encontrado melhorias após iniciar a dieta saudável e fazer exercícios físicos.

Existem muitos destes usuários que já sofreram acidentes cerebrovasculares, infartos agudos do miocárdio, insuficiência renal crônica. Na maioria dos casos isso se deu pelo não cumprimento das orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, ou por falta de atendimento anterior. Como não fazer o tratamento adequado, porque quando sentem certa melhoria abandonam o tratamento e acham que estão curados definitivamente, ou por conselhos errados que chegam a eles de alguma pessoa que não é profissional de saúde. Em outros casos, devido à ausência de sintomas.

Em relação à saúde da pessoa idosa temos registradas nos prontuários clínicos 283 idosos totalizando uma cobertura de 87%, só que não temos um registro específico para esses idosos, que nos permita identificar quantos deles tem avaliação multidimensional rápida, avaliação do risco de fragilização na velhice, e outros indicadores. Na realidade os idosos não contam com avaliação multidimensional rápida, mas contam com atendimento diário, atividades de educação em saúde, visita domiciliar realizada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS), enfermeiro, auxiliar de enfermagem, médico e equipe do NASF. Ainda contamos com a ajuda de um grupo de mulheres da Igreja Católica que também visitam muitos dos idosos, identificando problemas de saúde, ajudando nos cuidados dos que precisam. As atividades de educação em saúde geralmente são realizadas na UBS e nas visitas domiciliares. Não temos grupos de idosos na UBS.

Nossa UBS conta com muitos recursos que de uma forma geral fazem com que a procura pelo nosso serviço seja grande, oferecemos aos nossos usuários acesso e atendimento de qualidade e eficácia, através de uma estrutura física adequada e uma equipe multiprofissional e programas especializados com o propósito de atender às necessidades dos nossos usuários dentro dos nossos limites.

Contudo, ainda temos vários desafios a superar como realizar um novo cadastramento de todas as famílias da UBS, pois os usuários não fornecem a documentação necessária para cadastrá-los no novo programa E-SUS; fazer busca ativa de pacientes que abandonam a UBS ou mudam da área, encontrar a forma de aumentar o número de vagas para as consultas especializadas; fortalecer a

união entre os membros da equipe de saúde; criar de grupos de pessoas idosas, grupos de adolescentes, de aleitamento materno, de diabéticos e hipertensos, melhorando a interação com a população e aumentando as atividades de educação em saúde.

Representa também um desafio, fazer as avaliações multidimensionais de todos os idosos da área de abrangência, e outras avaliações necessárias a toda a população, fazer o registro de todas as mulheres de 50 a 69 anos, investigar as realizações da mamografia nos últimos anos, e fazer outros registros que permitam o monitoramento e avaliação do estado de saúde da população. O maior desafio de todos é ensinar a população a cuidar de sua própria saúde, em conjunto com a equipe da UBS.

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

Olhando para o relatório "Qual a situação da ESF/APS em seu serviço?" da segunda semana de ambientação e comparando-o ao RAS, percebo que neste momento tenho melhor conhecimento acerca da minha UBS, da minha equipe de saúde e dos usuários e suas doenças, melhor conhecimento acerca do funcionamento do Sistema de Saúde do município e do país. Até esta data, em conjunto com os gestores de saúde, a equipe de saúde conseguiu resolver algumas das situações que existiam, mas temos que continuar trabalhando intensamente para melhorar ainda mais a situação da ESF/APS no Município. Sabemos que a tarefa não é nada fácil, mas também que não é impossível, e em conjunto podem se solucionar os problemas e a diversidade de situações.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é um sério problema de saúde pública no Brasil e no mundo, é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica. Possui alta prevalência e baixa taxa de controle (Brasil, 2013).

Por ser na maior parte do seu curso assintomática, seu diagnóstico e tratamento é frequentemente negligenciado, somando-se a isso a baixa adesão por parte do paciente ao tratamento prescrito. Modificações de estilo de vida são de fundamental importância no processo terapêutico e na prevenção da hipertensão. Alimentação adequada, sobretudo quanto ao consumo de sal, controle do peso, prática de atividade física, tabagismo e uso excessivo de álcool são fatores de risco que devem ser adequadamente abordados e controlados, pois mesmo doses progressivas de medicamentos não alcançarão os níveis recomendados de pressão arterial. Apesar dessas evidências, hoje incontestáveis, esses fatores relacionados aos hábitos e estilos de vida, continuam estabelecidos de forma negativa na sociedade levando a um aumento contínuo da incidência e prevalência da HAS, assim como do seu controle inadequado. O Diabetes Mellitus é uma doença crônica não transmissível das mais frequentes encontradas em diferentes populações.

O Diabetes Mellitus vem aumentando sua importância pela sua crescente prevalência e habitualmente está associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. A Hipertensão e o Diabetes são os responsáveis pela primeira causa de mortalidade e hospitalizações no Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2013).

Atualmente contamos na área de abrangência com um total de 417 pacientes com hipertensão arterial sistêmica e com um total de 65 diabéticos mas deles só atendemos na UBS 186 hipertensos e 18 diabéticos. Na comunidade da minha área de abrangência, existe um incremento de casos clínicos durante o tempo de trabalho e uma alta incidência de fatores de riscos que favorecem a aparição do Diabetes e da Hipertensão. Nossos pacientes não diferem dos demais do Brasil, geralmente não têm adesão ao tratamento indicado, mudam muito de médico, muitos abandonam o tratamento quando tem melhora de sua doença e outros já chegam com complicações visíveis. Por isso, temos que ter uma melhor vigilância deles, reorganizar o serviço da unidade e modificar as práticas profissionais, o que representa um desafio para a equipe de saúde de forma geral. De modo geral a qualificação para oferecer atenção a essa população é boa, contamos com o apoio de um cardiogeriatra no hospital, e

todos os exames pelo SUS, mas devido ao baixo nível cultural da comunidade, temos dificuldade com a percepção dos pacientes em relação ao risco dessas doenças e suas complicações.

Justificamos a realização da intervenção pela importância destas patologias, e pela necessidade de melhorar a situação de saúde da população atingida, fortalecer e qualificar a atenção às pessoas acometidas por essas duas doenças, por meio da integralidade e da longitudinalidade do cuidado.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhorar a atenção à saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos da UBS Luís Gonzaga da Rocha do município São Julião/PI.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos

Meta 1.1 Cadastrar 80% 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 80% 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 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

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 12 semanas na Unidade de Saúde da Família (USF) Luís Gonzaga da Rocha, no Município de São Julião estado Piauí. Conforme orientação do curso houve a necessidade do encurtamento de 16 para 12 semanas para que fosse possível ajustar as defesas e a finalização da Turma 7 ao calendário estabelecido com a Universidade. Participarão da intervenção 306 pessoas, com 20 anos ou mais. Para atingir os objetivos e metas propostas, foram elaboradas ações de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica e as ações foram detalhadas conforme a descrição abaixo.

2.3.1 Detalhamento das ações

OBJETIVO1: Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos

META 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

META 1.1 Cadastrar 80% 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.

Será revisado semanalmente o fichário que contém os cadastros de hipertensos e diabéticos para acompanhar a cobertura desses usuários.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados da UBS: será elaborada uma ficha clínica individual (ficha espelho específica do hipertenso ou diabético) com todos os dados dos pacientes e ações realizadas. Também será utilizada a planilha eletrônica disponibilizada pelo Curso para facilitar o monitoramento e avaliação da saúde do usuário e ações desenvolvidas. Contaremos com ajuda de todos os profissionais da equipe, inclusive dos ACS.

Será designado profissional da equipe que realizara a revisão semanal junto à médica, dos novos cadastros de hipertensos e diabéticos, e monitorar a cobertura de acordo com a meta.

- Melhorar o acolhimento dos pacientes com hipertensão e diabetes na UBS: cada paciente que chegar a unidade vai ser recebido, acolhido, cadastrado. A agenda será organizada de forma a acolher esses pacientes. Combinar com a equipe para que todo usuário hipertenso ou diabético que procure a unidade com o quadro agudo seja atendido no mesmo dia (mesmo que exceda as vagas do dia); casos que podem ser agendados para outra data serão discutidos com a médica e disponibilizado vagas para esses atendimentos da forma mais rápida possível.

- Garantir o material adequado para o atendimento dos hipertensos e diabéticos na UBS (Esfigmomanômetros de diferentes tamanhos, fita métrica e hemoglicoteste).

Serão solicitados ao gestor o fornecimento e manutenção do material necessário para desenvolver essas ações.

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.

Neste caso realizaremos as orientações em sala de espera, nos atendimentos de enfermagem, durante a consulta com o paciente, nas visitas domiciliares, e nas atividades de educação em saúde do dia a dia na UBS e na comunidade, também em palestras orientadas a aumentar o conhecimento da população quanto às doenças crônicas.

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 pacientes;
- 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.

Realizaremos as capacitações nas diferentes reuniões da equipe de trabalho tendo como base os protocolos do Ministério da Saúde.

Objetivo2: 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 adequado aos pacientes hipertensos e diabéticos. O monitoramento será realizado semanalmente e a avaliação será realizada mensalmente, por um dos membros da equipe, designado para essa ação.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Definir atribuições dos profissionais no exame clínico dos pacientes hipertensos e diabéticos, seguindo o protocolo de hipertensão arterial do Ministério de Saúde. Para fazer uso adequado do método clínico- epidemiológico, as consultas serão realizadas em conjunto com enfermeiro da UBS, para detecção de possíveis complicações da doença, ou evitar futuras complicações;
- Dispor de protocolos adequados na UBS. Imprimiremos os protocolos no gabinete da secretaria da saúde, onde existe disponibilidade de impressora;
- Organização das capacitações dos profissionais e estabelecer a periodicidade das mesmas, sob a responsabilidade do enfermeiro e o medico da UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO

- Orientar a comunidade sobre os riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da Hipertensão e diabetes mellitus e sobre a importância de ter o exame clínico de forma periódica apropriada. Essa ação será realizada nas atividades de educação em saúde, seja nas consultas individuais, nas visitas domiciliares ou atividades de grupos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe de saúde para a realização do exame clínico apropriado aos pacientes hipertensos e diabéticos. Neste caso a atividade será feita pelo enfermeiro e por mim, direcionada aos ACS e técnica de enfermagem.

META 2.3 Garantir a 100% dos pacientes 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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

Revisaremos semanalmente todas as fichas específicas desses pacientes, a fim de suprimir eventuais falhas ou registros inadequados.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

- Garantir a solicitação de exames complementares. A solicitação desses exames será garantida nas consultas de Hiperdia agendadas, e quando a situação do paciente requeira o exame, mesmo sem o paciente estar agendado;
- Tentar garantir com o gestor municipal agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

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

Essa orientação ocorrerá nas consultas individuais na UBS, nas visitas domiciliares, nas atividades de grupos com o uso da educação em saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

A capacitação ocorrerá no período das reuniões de equipe, sendo coordenada pelo médico e/ou enfermeiro.

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da farmácia popular/hiperdia:

Monitoraremos semanalmente a ficha específica dos hipertensos e diabéticos assim como o cartão de medicamentos de cada paciente nas consultas de Hiperdia e nas visitas domiciliares pelo ACS.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Realizar controle de estoque dos medicamentos.

Realizaremos essa ação em conjunto com o responsável de farmácia, segundo as fichas específicas dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados na UBS e que usam estes medicamentos da farmácia da UBS.

- Realizar o registro das necessidades de medicamentos dos pacientes hipertensos e diabéticos da UBS segundo a quantidade de pacientes cadastrados em atendimento na UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar aos pacientes sobre os direitos de ter acesso a farmácia popular como usuários.

As orientações serão realizadas nas atividades de educação em saúde nas consultas, visitas domiciliares e atividades de grupos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Realizar atualização dos profissionais em reunião de equipe, sobre tratamento da hipertensão e diabetes.

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 pacientes diabéticos

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

Monitorar os hipertensos e diabéticos que necessitam atendimento odontológico nas consultas de hiperdia. Semanalmente a ficha específica serão revisadas e monitoradas quando a avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar a comunidade sobre a importância da saúde bucal nas diferentes atividades de educação em saúde, nas consultas, visitas domiciliares e atividades de grupos específicos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para identificar pacientes hipertensos com necessidade de atendimento odontológico, com ajuda da equipe de odontologia.

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.

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 pacientes hipertensos faltosos em conjunto com as ACS.
- Agendar consultas aos pacientes faltosos em conjunto com o enfermeiro da UBS.

Após a revisão e monitoramento das fichas espelho, o enfermeiro ou médica, avisará ao ACS sobre os pacientes faltosos de suas respectivas micro áreas, e a nova data da consulta.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Informar aos pacientes e comunidade sobre a importância de realização das consultas e a periodicidade dessas consultas, preconizada pelo Ministério da Saúde.

Essa informação será dada nas diferentes atividades de educação em saúde feitas nas consultas individuais, nas visitas domiciliares e atividades de grupos.

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.

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a qualidade do registro de hipertensos e diabéticos da UBS, em conjunto com o enfermeiro da UBS e a médico. Esse monitoramento acontecerá semanalmente através da revisão da ficha específicas desses pacientes. Os dados contidos nessas fichas serão 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 do enfermeiro e dos ACS.
- Implantar ficha de acompanhamento. Utilizaremos um modelo de ficha específica, disponibilizado pelo curso de Especialização em Saúde da Família, contendo todas as informações pessoais do paciente, situação de saúde, exames realizados e ações realizadas com esse paciente.
- Pactuar com a equipe o registro das informações, de forma que todos os profissionais utilizem a ficha específica do paciente e registrem todas as ações que foram realizadas durante o atendimento.

- Definir responsável pelo monitoramento das informações, neste caso o a médica será a responsável.
- 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. Quando esses problemas acontecerem, sinalizaremos com a colocação de um lembrete (seguro por um clipe ao grampo), na ficha espelho do paciente.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Assim como orientar ter seus documentos em dia, como o cartão SUS. Realizaremos essas orientações durante as consultas individuais, nas visitas domiciliares e nas reuniões de grupo.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para o preenchimento dos registros e no acompanhamento clínico dos pacientes hipertensos e diabéticos, essa capacitação se dará nas reuniões de equipe, tendo como responsáveis o médico e o enfermeiro da UBS.

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.

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 das fichas específicas dos pacientes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Organizar a agenda para atendimento desta demanda. Essa organização será realizada pelo médico e enfermeiro da UBS. Durante as consultas de hiperdia, o médico e os enfermeiros farão o registro da estratificação de risco na ficha específica do paciente.
- Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco cardiovascular. Neste caso estes pacientes terão um número maior de atendimentos do que os outros pacientes. Poderão ser realizadas consultas na UBS ou em suas residências, segundo o estado de saúde de cada paciente. Consultaremos a secretaria de saúde, sobre a prioridade destes pacientes em atendimentos especializados.

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 .

Essas orientações serão realizadas nas atividades de educação em saúde nas consultas, visitas as famílias e atividades de grupos específicos.

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.

Nas reuniões da equipe serão feitas atividades de capacitação sobre estas doenças.

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

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

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS SERVIÇOS:

- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável nas atividades de educação em saúde aos pacientes, família e comunidade.
- Envolver os nutricionistas nestas atividades.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar aos hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável nas diferentes atividades de educação em saúde da UBS, nas consultas individuais, visitas domiciliares e atividades de grupos específicos, tendo como responsáveis toda a equipe de ESF e também os nutricionistas de apoio da UBS.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

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

Essas capacitações serão realizadas nas reuniões da equipe e com ajuda dos nutricionistas da UBS.

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.

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 específicas.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Organizar práticas coletivas para orientação de atividades físicas em conjunto com toda a equipe da UBS.
- Demandar junto à secretaria de saúde parceiras institucionais para envolver educadores físicos nestas atividades.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar a hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre a importância de realizar atividade física regular, nas atividades de educação em saúde nas consultas individuais, nas visitas domiciliares, nas atividades de grupos específicos.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar à equipe sobre a promoção de realização de atividade física regular na população e capacitar a equipe sobre a metodologia de educação em saúde, utilizando os espaços das reuniões da equipe.

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.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a orientação sobre o risco do tabagismo aos pacientes hipertensos nas consultas de hiperdia, na revisão das fichas específica tendo como responsáveis o médico e o enfermeiro.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento de abandono ao tabagismo.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar aos pacientes sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo e orientar sobre os danos do tabagismo a saúde de forma geral. Essas orientações se darão nas atividades de educação em saúde, com a participação de toda a equipe.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para tratamento de pacientes tabagistas e sobre a metodologia de educação em saúde. Utilizaremos o espaço das reuniões da equipe para executar essa ação.

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 diabéticos.

MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO:

- Monitorar a realização de orientação sobre higiene bucal aos hipertensos e diabéticos, através da revisão semanal dos registros contidos nas fichas específicas desses pacientes.

ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DO SERVIÇO:

- Organizar tempo médio de retornos com a finalidade de garantir orientações a 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 UBS.

ENGAJAMENTO PÚBLICO:

- Orientar aos hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da higiene bucal nas consultas individuais e diferentes atividades de educação em saúde.

QUALIFICAÇÃO DA PRÁTICA CLÍNICA:

- Capacitar a equipe para oferecer orientações de higiene bucal em conjunto com a equipe de odontologia da UBS. Realizaremos a capacitação durante o período reservado para a reunião de equipe.

2.3.2 Indicadores

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos

Meta 1.1 Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Indicador 1.1.1 Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.

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

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde. Estimativa, conforme Caderno de Ações Programáticas

Meta 1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1.1.2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.

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

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

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

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

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.

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

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.

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

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.

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

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.

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

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

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

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

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

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

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.

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

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.

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.

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.

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

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

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

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

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

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.

Meta 4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos 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.

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.

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.

Meta 5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos 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.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

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

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

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

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus na UBS Luís Gonzaga da Rocha do Município São Julião, vamos adotar o Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes- Ministério da Saúde, 2013, Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) e Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36), Ministério da Saúde. Como possuímos apenas no formato digital dos Cadernos, realizaremos a impressão desses documentos, para deixá-los na biblioteca da UBS, onde estão todos os outros Cadernos de Atenção Básica para que sejam utilizados por toda a equipe.

Atualmente a UBS utiliza o registro do Hiperdia, mas como esse registro não possui campos para a anotação de todas as informações que precisamos para fazer o monitoramento das ações, será elaborado uma ficha complementar contendo várias informações, como o acompanhamento da

saúde bucal, exames complementares realizados pelos pacientes, classificação de risco cardiovascular, aspectos relacionados com o exame físico, entre outros. Essa ficha será preenchida por todos os profissionais que realizarem o atendimento aos pacientes. Para iniciar a intervenção realizaremos 600 cópias das fichas espelhos específicas. As fichas serão acomodadas em um fichário que ficará na sala de enfermagem para que todos os membros da equipe de saúde tenham acesso aos registros. Para o acompanhamento da intervenção utilizaremos uma planilha eletrônica de coleta de dados, disponibilizada pelo curso de Especialização em Saúde da Família da UFPEL. No final da semana será feito o monitoramento das ações realizadas e os dados contidos nas fichas serão digitados para a planilha eletrônica de coleta de dados. Essa atividade será realizada pela médica da UBS.

Estimamos cadastrar 480 pacientes com hipertensão arterial e 120 diabéticos. Serão cadastrados todos aqueles pacientes de mais de 18 anos de idade que sofrem destas doenças que já fazem parte do Programa de hiperdia da UBS, com prioridade os pacientes que chegarem para consulta médica ou atendimento de enfermagem. Com a ajuda dos ACS, serão identificados aqueles pacientes que moram na área de abrangência e não são atendidos na UBS e aqueles que não têm consulta médica no ano 2014. Esses pacientes serão agendados conforme disponibilidade da agenda da semana.

A agenda será organizada de forma a acolher esses pacientes. Todo usuário hipertenso ou diabético que procure a unidade com o quadro agudo será atendido no mesmo dia (mesmo que exceda as vagas do dia); casos que podem ser agendados para outra data serão discutidos com a médica, e disponibilizado vagas para esses atendimentos. Mas de forma geral trataremos de resolver todos os casos no mesmo dia, com um pouco mais de esforço por parte da equipe de trabalho.

Os pacientes serão acolhidos na UBS pela técnica de enfermagem que fará a medição da pressão arterial, peso, altura, de cada paciente, HGT, e esses dados serão registrados na ficha individual específica do hipertenso ou diabético. Os outros dados como avaliação de risco cardiovascular, exame clínico, (exame físico completo, peso, altura, índice de massa corporal - IMC, circunferência abdominal, pressão arterial, avaliação da cavidade oral, palpação da tireoide, ausculta pulmonar e cardíaca, avaliação do abdômen, pele e pés), incluindo palpação dos pulsos tibial posterior nos pacientes diabéticos será registrado pelo médico durante as consultas. O exame clínico será feito na maioria dos casos pela médica da UBS e no caso dos pacientes sem complicações será feito pelo enfermeiro. No caso de alguma complicação detectada pelo enfermeiro, o paciente será encaminhado para a médica. Os exames complementares deverão ser realizados semestralmente com análise e indicação da médica da UBS. Para aqueles pacientes com exame em atraso, serão disponibilizadas vagas pela secretaria de saúde. As medicações em uso pelos pacientes serão revisadas e registradas na ficha específica individual. Os ACS identificarão os pacientes acamados que não conseguem se deslocar até a UBS, receberão visita domiciliar pela equipe de enfermagem e médica.

Para viabilizar a sensibilização da comunidade para as questões relacionadas às doenças crônicas, em especial, a Hipertensão Arterial e o Diabetes Mellitus, e atividades de promoção da saúde, irão buscar a parceria das lideranças

comunitárias. Informaremos a forma como a intervenção será realizada, apresentando o projeto, para que sejam multiplicadores dessas informações.

Realizaremos as orientações relacionadas à promoção da saúde e sobre as doenças em sala de espera, nos atendimentos de enfermagem, durante as consultas médicas, nas visitas domiciliares, e nas atividades de educação em saúde do dia a dia na UBS e na comunidade.

Enfim, para colocar todas essas ações em prática, serão realizadas capacitações e atualizações dos profissionais da equipe de saúde. Primeiramente realizaremos uma reunião com a equipe para orientar sobre a nova forma de cadastro de hipertensos e diabéticos e sobre a intervenção em geral. Vamos aproveitar o momento para definir a atribuição de cada membro da equipe na intervenção e dividiremos os temas abordados nos cadernos para serem estudados pela equipe, assim, posteriormente em duas reuniões de equipe, serão apresentados e discutidos por todos.

3 Relatório da Intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Desde o início da intervenção, toda a equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde- UBS esteve envolvida na realização das diferentes atividades propostas no cronograma do projeto de intervenção. A intervenção foi um desafio, devido ao fato de que no início não se tinha muitos usuários do grupo HIPERDIA atendidos regularmente, muitos não consultavam há muitos anos e não realizavam consultas programáticas, sendo que somente os familiares vinham à UBS buscar os medicamentos trazendo o cartão de HIPERDIA do usuário. Alguns usuários ficavam em casa e outros simplesmente não tinham preocupação alguma de controlar a sua doença. Tudo está mudando paulatinamente, entretanto ainda temos muito trabalho a fazer junto a estes pacientes.

As ações previstas no projeto foram desenvolvidas iniciando pela capacitação da equipe com base nos protocolos do: Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37) e Ministério da Saúde. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. (Cadernos de Atenção Básica n 36).

A intervenção foi realizada principalmente por mim, médica da UBS, e pelo enfermeiro porém toda a Equipe esteve envolvida e colaborou. Os ACS receberam capacitação onde foram abordados, entre outros temas, a necessidade de realizarem a busca ativa de pacientes diabéticos e hipertensos faltosos às consultas e orientações sobre a conversa eles sobre a importância da periodicidade da consulta durante as visitas domiciliares e sobre a importância do cadastramento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS. Esta ação de cadastramento terá caráter permanente, pois sabemos da necessidade de ampliar o cadastramento e atualizar mesmo após as 12 semanas de intervenção.

A atividade de educação em saúde sobre alimentação saudável, prática de exercícios físicos, riscos do tabagismo e higiene bucal foram todas realizadas fundamentalmente de forma individual com cada paciente nas consultas e nas casas durante as visitas domiciliares. Estas ações foram realizadas envolvendo toda a família. A principal dificuldade no início foi reunir grupos de usuários diabéticos e hipertensos para as atividades coletivas, o qual foi melhorando na medida em que passava o tempo da intervenção. A primeira destas atividades não foi possível fazer devido a problemas climatológicos, as outras duas foram realizadas em sala de espera ainda que não assistisse todos os pacientes previstos.

Foi realizado o exame clínico de todos os pacientes (Figura 1) .



Figura 1- Exames clínicos pacientes do Programa Hiperdia

Uma das dificuldades encontradas foi com relação ao atendimento odontológico, porque a maioria deles não tinha o costume de realizar consultas odontológicas, só consultavam no caso de sentir dor de dentes. Muitos ainda precisam deste tratamento sendo uma das metas que temos que em conjunto com a Equipe de Saúde Bucal - ESB em um futuro próximo é melhorar este indicador.

Durante a intervenção foi realizada a busca ativa de pacientes faltosos às consultas, esta ação ainda está sendo realizada e fará parte da rotina do serviço para melhorar o atendimento destes pacientes.

Foram visitados em casa por toda a equipe todos os pacientes acamados ou cadeirantes com dificuldade para chegar até a UBS (Figura 2).



Figura 2- Visitas domiciliares pacientes acamados

O município prioriza os medicamentos que são mais usados pelos hipertensos e diabéticos, outros medicamentos são da farmácia popular que não existe neste município, mas podem ser encontrados nos municípios próximos. Por enquanto recebem as receitas nas consultas e procuram esses medicamentos em outro município.

Os principais exames complementares como hemograma completo, glicemia de jejum, colesterol, triglicérides, ureia, creatinina, ácido úrico, sumário de urina, são feitos pelo SUS no município, outros exames são por conta do próprio paciente, mas existe a possibilidade de fazer no próprio município com exceção do eletrocardiograma, eco cardiograma, que são realizados em outras cidades.

No início, foi difícil incorporar muitos deles às ações da intervenção devido ao fato de da mesma forma que para as consultas odontológicas, muitos não tinham o costume de consultar, procuravam a UBS apenas quando estavam sentindo sintomas das doenças. Também tivemos outras dificuldades, como, por exemplo, o fato de que em nossa UBS são realizados atendimentos a pacientes fora da área de cobertura nas consultas. Neste caso, foi primordial a ajuda do enfermeiro da UBS no atendimento dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência da UBS e dos outros profissionais da saúde. O apoio das ACS, técnica de enfermagem, Secretaria de Saúde foi muito importante também, e a equipe de NASF.

A comunidade foi informada sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde. Sobre a importância de medir PA uma vez ao ano depois dos 18 anos de idade 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 e das doenças cardiovasculares e neurológicas que são decorrentes da Hipertensão e diabetes mellitus e sobre a importância de realizar o exame clínico de forma periódica apropriada e de realização dos exames complementares e sobre a periodicidade recomendada. Sobre os direitos de ter acesso a farmácia popular como usuários, ainda que não exista no Município, mas se em outros que oferecem o serviço aos pacientes de nosso Município. A importância da saúde bucal.

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

De forma geral, todas as ações foram desenvolvidas, hoje percebo que poderíamos ter divulgado melhor para todos os habitantes da comunidade da área de abrangência. Acredito que devíamos ter feito atividades em todos os bairros da comunidade da área para divulgar o projeto, ampliando a cobertura.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

A coleta de dados das ações realizadas ocorreu de forma sistemática, a planilha de coleta de dados é ótima para os cálculos dos indicadores da intervenção.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

O trabalho com os hipertensos e diabéticos na UBS não está finalizado, as ações continuarão sendo realizadas como rotina nos atendimentos e acompanhamento dos hipertensos e diabéticos, porque as ações destes três meses não serão suficientes para melhorar a qualidade de vida deles e de toda a população. Ainda existem muitos que chegam descompensados e precisam acompanhamento constante, tratamento clínico, ações de educação em saúde para ter uma melhor percepção do risco.

Ainda não está completo o cadastramento de todos os usuários que sofrem essas doenças e toda a equipe deve continuar trabalhando no cronograma proposto e todos sabem das suas competências profissionais. No município e na UBS temos todos os recursos humanos e materiais para continuar trabalhando neste e os outros programas propostos pelo Ministério de Saúde.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Para a implantação da intervenção foi realizado um projeto onde foram previstas ações nos quatro eixos pedagógicos do Curso: monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público, qualificação da prática clínica.

A intervenção contou com a participação da Equipe de Saúde e os resultados estão aqui descritos, de acordo com cada objetivo e meta.

Objetivo 1

Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde.

Meta 1.1. Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Na área de abrangência da UBS existem 417 usuários com HAS segundo o último cadastramento da população realizado no ano de 2013. Destes, no início da intervenção, 186 já estavam cadastrados, mas precisávamos atualizar os cadastros destes usuários. Sendo assim, no primeiro mês de intervenção foram atualizados os cadastros 76 (18.2%) usuários, no segundo mês, entretanto, foram cadastrados 142 (34%), no terceiro e último mês da intervenção conseguimos cadastrar mais 157 usuários hipertensos, finalizando a intervenção com 299 (72%) hipertensos cadastrados

A redução no ritmo dos cadastramentos no 2º mês foi devido a um surto de doenças infecciosas no município que dificulto o cadastramento pelo aumento da demanda por atendimento clínico. Apesar de não termos conseguido chegar aos 80% de pacientes cadastrados, chegamos muito perto desta da meta e julgamos que a intervenção foi muito bem sucedida, levando em conta que o período inicial da intervenção estabelecida no projeto previa quatro e, posteriormente, esse tempo foi reduzido para três meses.(Gráfico1)

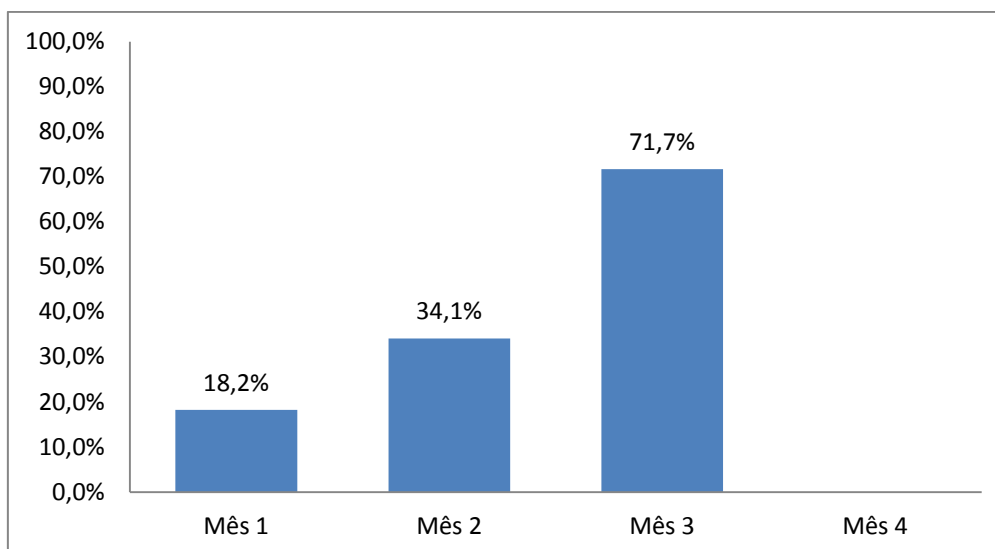


Gráfico 1: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na UBS

Meta 1.2 Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da Unidade Básica de Saúde.

Com relação à cobertura dos usuários com diabetes mellitus, conseguimos cadastrar todos diabéticos da área de abrangência que tem diagnosticada a doença. Sendo assim, todos foram cadastrados e receberam consulta clínica. No primeiro mês foram atendidos 18 (24%) usuários diabéticos no segundo mês mais 11 pacientes, totalizando 29 (38,7%), e no final do terceiro mês conseguimos cadastrar os 75 (100%) dos diabéticos (Gráfico 2).

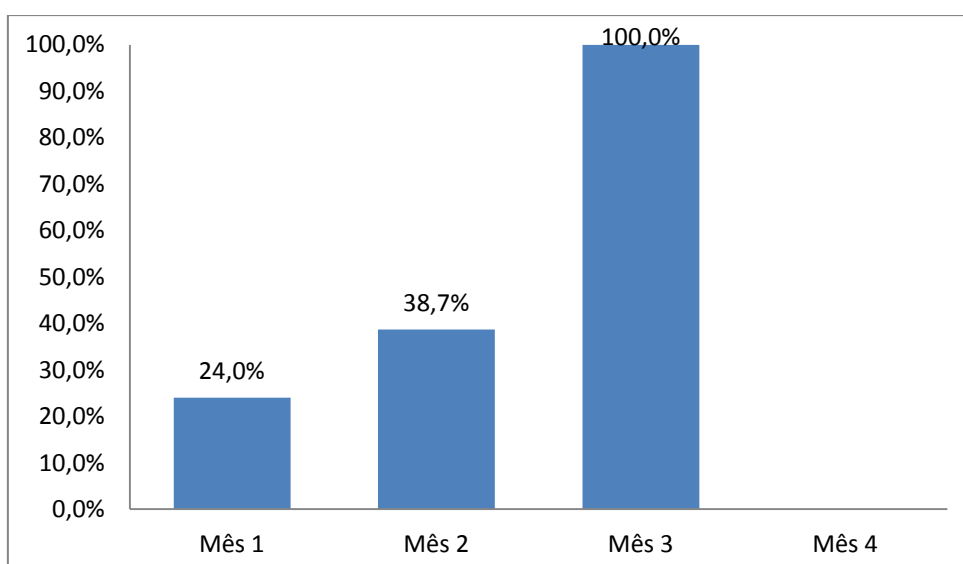


Gráfico 2: Cobertura do programa de atenção ao diabético na UBS

Para atingirmos este primeiro objetivo foi fundamental o trabalho eficiente das ACS. Sabemos que na área de abrangência da UBS podem existir pacientes que sofrem de diabetes e/ou hipertensos ainda

não diagnosticada, desta forma ainda continuamos trabalhando para cadastrar e fazer acompanhamento de todos, entretanto alguns recebem atendimentos em outros Serviços, principalmente privados.

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

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

O exame clínico segundo o protocolo do Ministério de Saúde foi feito a 100% dos usuários hipertensos cadastrados. No primeiro mês realizamos exame clínico em 65 (85%) hipertensos, no segundo mês 129 (90,8%) e ao final do terceiro mês conseguimos que todos os 299 pacientes cadastrados realizassem consulta clínica com solicitação dos exames quando necessário (Gráfico: 3).

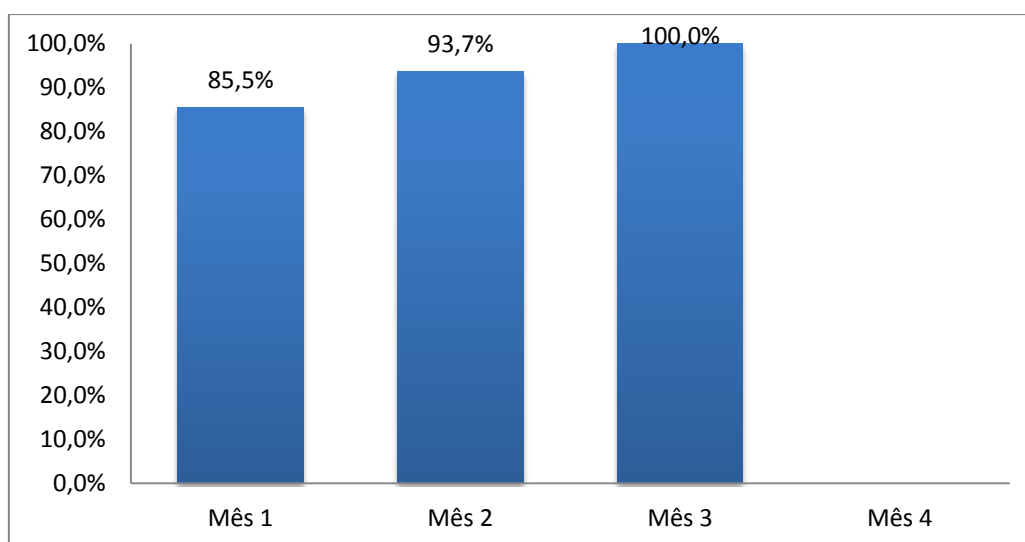


Gráfico 3: Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo

Meta 2. 2 Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos.

Também foi realizado o exame clínico em todos os pacientes diabéticos, ou seja, aos 100% dos diabéticos cadastrados da área de abrangência No primeiro mês atingimos 17 (94%), no segundo 28 (96,6%) e 75 (100%) no terceiro mês (Gráfico 4).

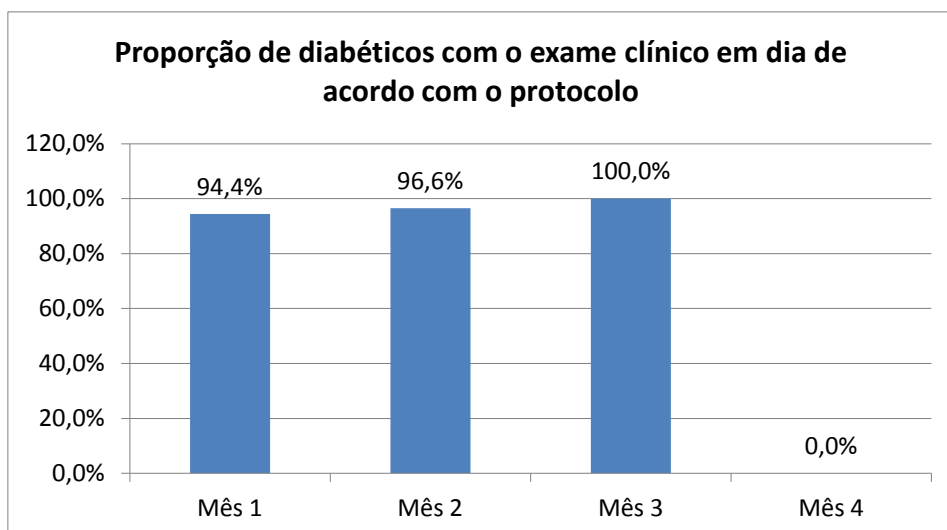


Gráfico 4: Proporção de diabéticos como exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

A ação fundamental neste objetivo foi o trabalho das ACS que muitas vezes acompanhavam os pacientes às consultas, também o trabalho do enfermeiro na atenção ao pacientes do Hiperdia principalmente no período de atendimentos excessivos de demandas espontâneas por aumento de doenças infecciosas na comunidade.

A realização das consultas médica sempre foram norteadas pelo uso adequado do método clínico epidemiológico e com uso correto dos protocolos do Ministério de Saúde - Cadernos de Atenção Básica de Saúde de Atenção a Diabéticos e Hipertensos.

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

Foi garantida a realização dos exames complementares fundamentalmente hemograma completo, colesterol total, triglicérides, ureia, creatinina, ácido úrico, glicemia, sumário de urina, proteinúria de 24 horas, a todos os pacientes hipertensos.

No primeiro tínhamos 76 cadastrados e 100% estavam com exames completos, no segundo mês 76 (52,8%) de 142 cadastrados ao final do período de três meses, 299 estavam com a solicitação de exames, sendo que destes 12 pacientes estavam ainda por fazer mas já com a solicitação, ainda não tinha realizado pela demora para marcação e realização destes exames, pois eram um dos últimos pacientes atendidos na intervenção. A redução do indicador do segundo mês se deu devido ao aumento da cobertura do programa (número de pacientes cadastrados que ainda não tinham realizado os exames solicitados). Outros exames como eletrocardiograma, indicados àqueles pacientes que requeriam por sua situação clínica foi feitos também pelo SUS. (Gráfico:5).

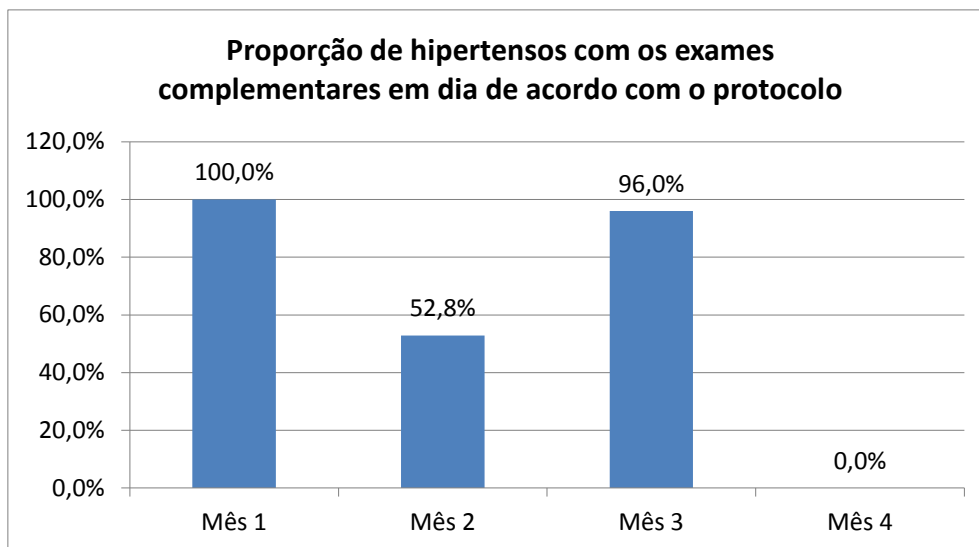


Gráfico 5: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo como protocolo.

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

Foi garantida a realização de exames complementares aos pacientes diabéticos cadastrados na área de abrangência como hemograma completo, glicemia de jejum, HGT, hemoglobina glicosilada, ureia, creatinina, ácido úrico, colesterol e triglicérides. No primeiro mês todos os 18 pacientes cadastrados estavam com exames em dia (100%), no segundo mês de 29 pacientes cadastrados 19 (65,5%) estavam com exames em dia, e no final da intervenção 70 pacientes dos 75 cadastrados haviam realizado os exames (93,3%). A redução do indicador do segundo mês também se deu devido ao aumento da cobertura do programa número de pacientes cadastrados que ainda não tinham realizado os exames solicitados (Gráfico 6).

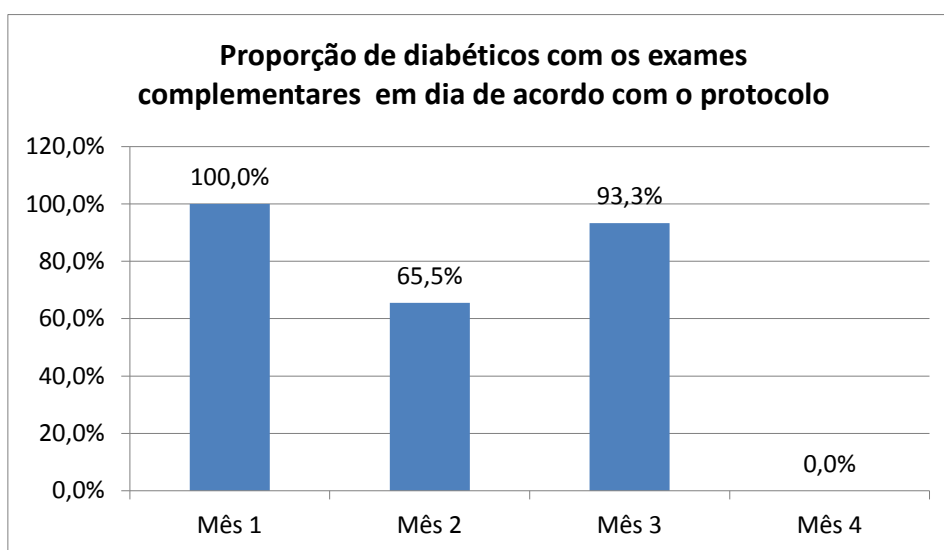


Gráfico 6: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Fundamental para cumprir esta meta foi importante a participação da Secretaria de Saúde garantindo a realização destes exames a todos os pacientes cadastrados e o trabalho da equipe na orientação da importância de realizar os mesmos.

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

O primeiro mês 59 (77,6%) usuários dos 76 cadastrados tinham prescrição de medicamentos da farmácia popular no segundo 121 (85,2%) dos 142 cadastrados, no terceiro mês 242 (80,9%) dos 299 usuários hipertensos atendidos na intervenção tinham prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia. Os usuários que não retiram medicamento na farmácia popular tem acompanhamento com cardiologistas em consultas privadas e são fundamentalmente dos menos carentes da população, os demais tem garantido e retiram o medicamento para o seu tratamento pelo SUS (Gráfico 7).

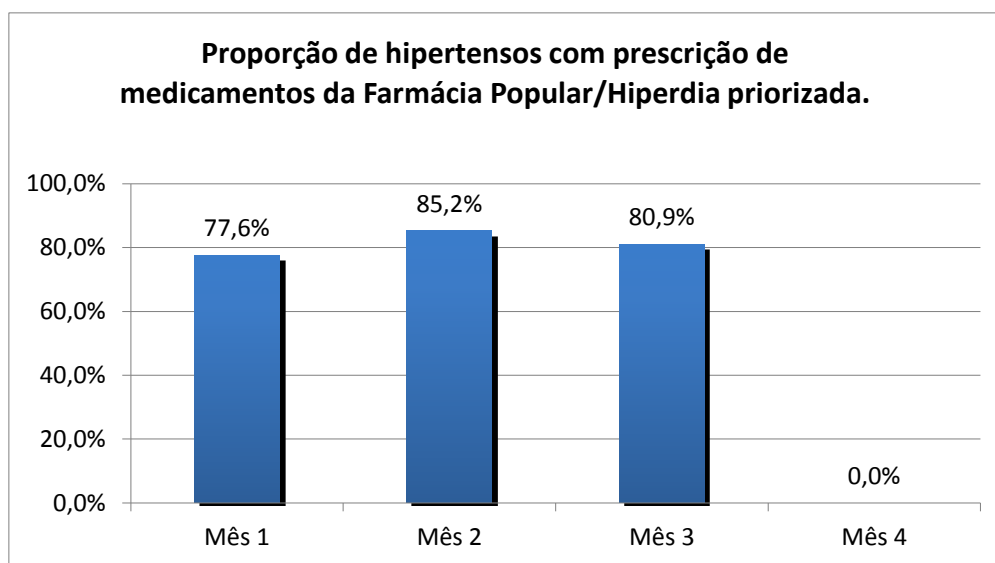


Gráfico 7: Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

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

No primeiro mês 16 (88,9%) pacientes dos 18 cadastrados tinham prescrição de medicamentos da farmácia popular, no segundo 26 (89,7%) de 29 cadastrados, no terceiro mês dos 75 pacientes diabéticos cadastrados 62 (82,7%) estavam com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia.

Esta meta não pode ser atingida pelo fato de que em alguns casos os pacientes tem acompanhamento também em clínicas privadas, endocrinologistas e são principalmente os de melhor situação econômica que adquirem medicamento outros que não estão disponíveis. Destes pacientes diabéticos cadastrados com acompanhamento com endocrinologistas três estão controlados só com a dieta/ hábitos alimentares saudáveis (Gráfico 8).

Para cumprimento desta meta também foi fundamental o trabalho da Secretaria de Saúde em conjunto com a equipe de saúde garantindo a quantidade de medicamentos dos pacientes fundamentalmente para aqueles mais carentes que recebem atendimento na UBS.

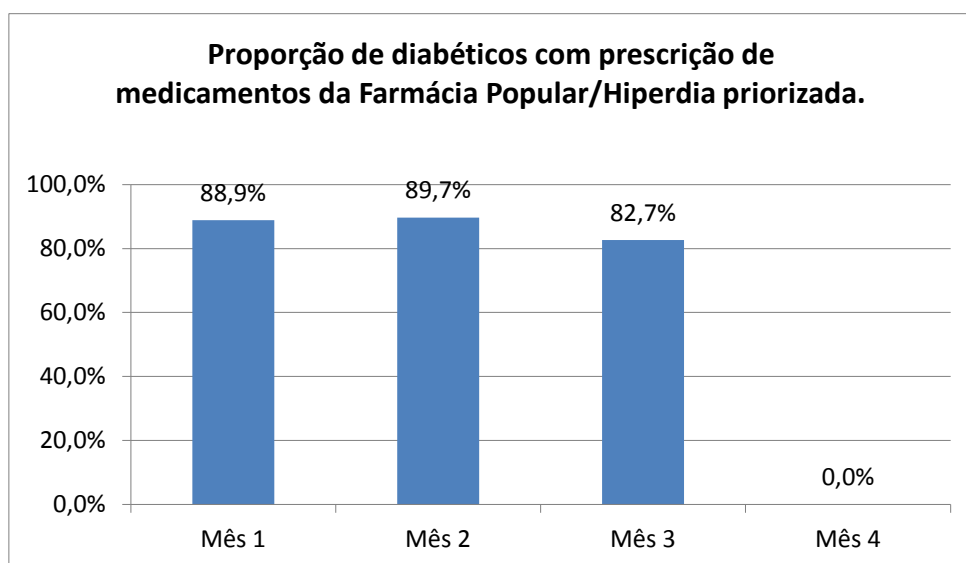


Gráfico 8: Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada.

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

Procuramos garantir o atendimento odontológico a todos os pacientes na UBS, entretanto existem dificuldades sobre tudo pelo pouco costume dos pacientes de forma geral, de realizarem atendimento com o dentista, só no caso de sentir dor de dentes ou alguma outra doença da boca. Começamos o primeiro mês só com 18 (23,7%) usuários com avaliação de necessidade de atendimento odontológico entre os hipertensos cadastrados, no segundo mês 52 (36,6%) e terminamos o mês três atingiu com 149 (49.8%) dos usuários hipertensos (Gráfico 9).

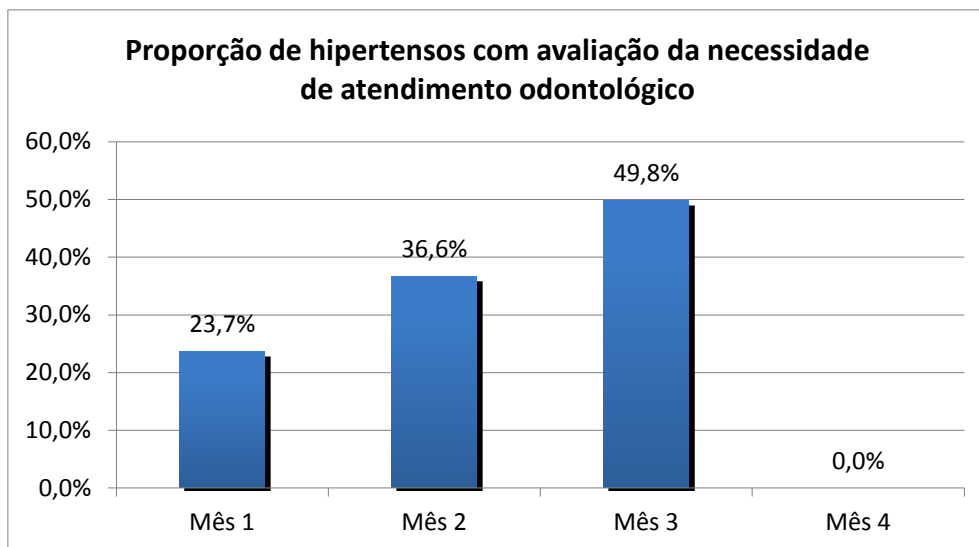


Gráfico 9: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

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

O mesmo acontece com os usuários diabéticos, entretanto por ser um número menor conseguimos uma maior cobertura, começamos com 7 (38,9%) usuários com avaliação de necessidade de atendimento odontológico, no segundo mês 15 (51,7%) e finalizamos no terceiro mês com 54 (72%).(Gráfico10).

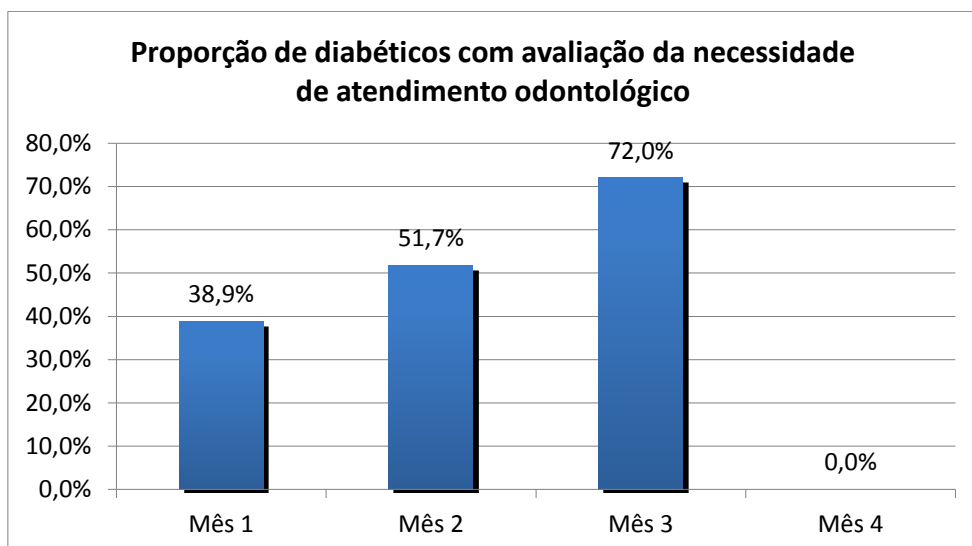


Gráfico 10: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Este acompanhamento odontológico é muito importante para os pacientes diabéticos pela relação entre diabetes com as doenças periodontais, sendo muito importante continuar trabalhando

em conjunto com a equipe de saúde bucal para conseguirmos que um maior número de pacientes receba este atendimento, e sejam acompanhados, julgamos que os resultados tenham sido importantes comparados com os inícios da intervenção.

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.

Foi realizada a busca ativa de todos os pacientes faltosos às consultas, incluídos todos aqueles que já tinham atendimento de forma regular na UBS como aqueles que não tinham atendimento direito na UBS. Ficando deste jeito, no primeiro mês 44 usuários, no segundo 95 pacientes e no terceiro mês 220 pacientes.

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

Também foi necessária a busca ativa dos pacientes diabéticos da área de abrangência faltosos às consultas e todos foram atendidos desde o 1º meses da intervenção. No primeiro mês 9 usuários, no segundo 15 concluindo no final que dos 75 usuários que foram cadastrados 57 estavam faltosos a consultas e consultaram nestes meses.

Foi importante o trabalho em equipe, fundamentalmente das ACS, que realizaram a busca ativa de todos esses usuários faltosos às consultas, e juntamente comigo e com o enfermeiro participaram das visitas domiciliares. Teve importância as diferentes atividades de educação em saúde nas famílias e na comunidade de forma geral com o apoio de equipe do NASF.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

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

Iniciamos com 58 (76,3%) de cobertura para este indicador, no 2º mês 122 (85,9%) e ao final da intervenção todos os 299 usuários hipertensos cadastrados na UBS estavam com o registro adequado na ficha de acompanhamento disponibilizada pela especialização (Gráfico11).

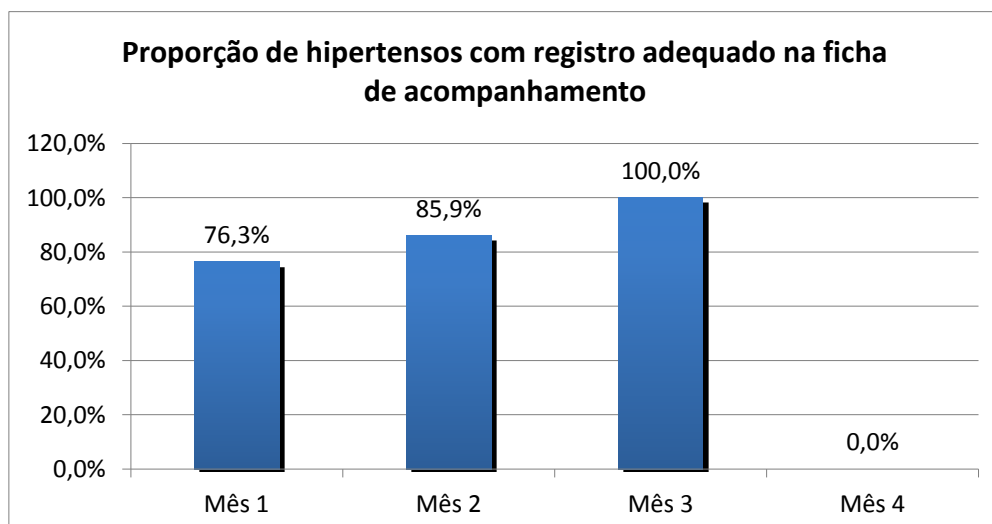


Gráfico 11: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

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

Todos os usuários diabéticos cadastrados na UBS tem registro adequado na ficha de acompanhamento utilizada na intervenção 17 (94,4%) usuários no primeiro mês, 27 (93%) no segundo mês e 100% ao final da intervenção (Gráfico 12).

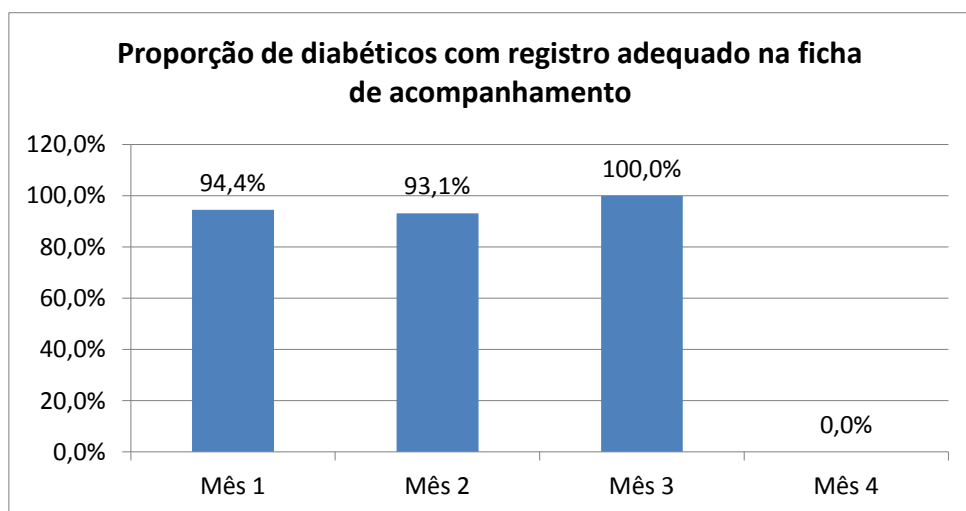


Gráfico 12: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento

Foi realizada a capacitação de toda a equipe pela médica sobre o registro dos usuários hipertensos e sobre a importância desta ficha espelho ficar disponível para todos na UBS para dar continuidade ao programa de hipertensos e diabéticos da UBS.

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.

Foi realizada estratificação do risco cardiovascular de 100% dos usuários hipertensos cadastrados durante as três semanas da intervenção. No primeiro mês 76 pacientes, no segundo 142 e 299 no terceiro mês.

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

Foi realizada a estratificação do risco cardiovascular dos 100% dos pacientes diabéticos cadastrados durante a intervenção. No primeiro mês 18 pacientes, no segundo 29 e no terceiro 75.

Foi priorizado o atendimento dos usuários avaliados como de alto risco cardiovascular. Neste caso estes pacientes tem garantido um número maior de atendimentos do que os outros pacientes. Os atendimentos deles são feitos nas consultas na UBS ou em suas residências, de acordo com o estado de saúde de cada paciente.

Objetivo 6. Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

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

Foi garantida a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos cadastrados durante as três semanas da intervenção. No primeiro mês 76 pacientes, no segundo 142 e 299 no terceiro mês.

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

Foi garantida a orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados durante as três semanas da intervenção. . No primeiro mês 18 pacientes, no segundo 29 e no terceiro 75.

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

No primeiro mês 76 pacientes, no segundo 142 e 299 no terceiro mês. Foi realizada orientação em relação prática regular de atividade física a 100% dos hipertensos.

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

Foi feita a orientação de prática regular de atividade física a 100% para os usuários diabéticos. . No primeiro mês 18 pacientes, no segundo 29 e no terceiro 75.

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

Todos os pacientes hipertensos cadastrados na intervenção foram orientados sobre os riscos do tabagismo . No primeiro mês 76 pacientes, no segundo 142 e 299 no terceiro mês.

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

O 100% dos pacientes diabéticos cadastrados foram orientados sobre o risco de tabagismo. . No primeiro mês 18 pacientes, no segundo 29 e no terceiro 75.

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

Todos os pacientes hipertensos cadastrados foram orientados sobre higiene bucal.

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

Todos os usuários diabéticos que foram cadastrados nas semanas de intervenção receberam orientação sobre higiene bucal. No primeiro mês 18 pacientes, no segundo 29 e no terceiro 75.

Para cumprir estes objetivos foram necessárias a realização de diferentes atividades de educação em saúde feitas na UBS, nas áreas públicas, nas residências, de forma individual com cada paciente, com as famílias estas atividades foram realizadas pelo enfermeiro, pela médica e com a participação de todos os representantes da saúde do Município e a equipe de saúde da UBS de forma geral.

4.2 Discussão

Com a intervenção conseguimos aumentar a cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados e atendidos na UBS, este cadastramento foi possível através da busca ativa de pacientes faltosos às consultas e pesquisa ativa na comunidade.

A intervenção propiciou a melhoria na qualidade da atenção aos pacientes cadastrados, através da realização de exames clínicos completos, garantindo a realização de exames complementares, garantindo que a maioria dos usuários tenha prescrição de tratamento com os medicamentos disponíveis na UBS e na Farmácia Popular.

Foram garantidas as vagas para atendimento odontológico para todos os que precisaram. Todos os usuários hipertensos e diabéticos que estão cadastrados estão com a ficha espelho atualizada.

Foi realizada a estratificação de risco cardiovascular de todos e para aqueles de alto risco disponibilizamos uma maior quantidade de consultas e acompanhamentos nas consultas e residências segundo seu estado de saúde.

Aumentou-se a quantidade de atividades de educação em saúde com a finalidade de promover a saúde destes usuários, com orientações sobre: nutrição adequada, orientação sobre prática regular de atividade física, com orientação sobre riscos de tabagismo e orientação sobre higiene bucal.

Conseguimos aumentar a adesão dos usuários ao programa com todas as atividades propostas no cronograma e as diferentes ações.

A intervenção propiciou à Equipe de saúde aumentar ainda mais seus conhecimentos sobre estas doenças, organizar melhor o trabalho com esses usuários e também com a comunidade. As atribuições de cada profissional ficaram mais estabelecidas. Seguimos os protocolos do Ministério de Saúde com relação ao cadastramento, acompanhamento, tratamento e complicações destas doenças. A Equipe está mais capacitada para identificar quando estão controlados e quando não, se tem ou não uma doença cardiovascular, e avaliar e diagnosticar a presença de pé diabético.

Através da intervenção foi possível interagir ainda mais com a comunidade, com as famílias e com o usuário e oferecer promoção e educação em saúde. Conhecer as preocupações, as necessidades mais sentidas da população com relação a essas doenças e outras originadas por complicações delas como insuficiência renal crônica, cardiopatias, etc.

Também foi um passo alcançado um melhor trabalho em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde e outros integrantes e lideranças da comunidade.

A integração da Equipe proporcionou uma melhora no Serviço e o trabalho de toda a equipe no atendimento destes pacientes, melhor organizado com agendamento dos atendimentos destes pacientes, eles tinham por costume só chegar para receberem os medicamentos na UBS o agendamento agora é realizado de forma que eles já sabem quando tem que retornarem e porque tem que vir as consultas, a importância de assistir sempre, ainda que estejam controlados e se não estão controlados o que devem fazer.

Ainda temos que melhorar a divulgação do projeto, pois a intervenção tem mais enfoque para os familiares e usuários hipertensos e/ou diabéticos.

A intervenção não gerou prejuízo para os demais usuários pois os usuários da intervenção foram atendidos fundamentalmente no horário da tarde no qual tem menos demanda espontânea e outros no horário da manhã com o enfermeiro que tem menor quantidade de pacientes. Apesar da intervenção não ter sido amplamente divulgada os principais líderes da comunidade têm conhecimento dela.

Temos muitos pacientes que ainda não incorporam ao Programa, mas temos que trabalhar para que 100% deles sejam cadastrados no programa.

E o que eu faria diferente caso fosse realizar a Intervenção neste momento?

Primeiro após ter realizado reuniões com a equipe e os gestores poderia ter feito uma reunião com toda a comunidade nos diferentes bairros da área de abrangência da UBS para que todos soubessem sobre a intervenção e assim com ajuda deles incorporar mais pacientes às diferentes atividades da intervenção. O que teria permitido uma ampla divulgação na comunidade.

Os próximos passos seriam aumentar ainda mais a cobertura da intervenção para os usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência, ampliar as ações educativas para toda a comunidade, realizando um maior número de palestras e atividades com o grupo de diabéticos e/ou hipertensos assim como criar outros grupos como para adolescentes, de aleitamento materno e integrar ainda mais os diferentes programas na prevenção e promoção de saúde.

Como reflexo da intervenção bem sucedida já começamos a trabalhar no programa de prevenção de câncer de colo de útero e mama o qual tem também boa aceitação por parte das mulheres da comunidade.

5 Relatório da intervenção para gestores

Estou finalizando o Curso de Especialização em Saúde da Família UNASUS /UFPel, como tarefa do Curso foi realizada uma intervenção, esta intervenção foi realizada em conjunto com a equipe de saúde da UBS, e teve como título " Melhoria da atenção em saúde dos pacientes hipertensos e diabéticos da UBS Luís Gonzaga da Rocha", os resultados alcançados serão apresentados no Trabalho de Conclusão de Curso e serão aqui descritos de forma resumida

A Equipe de Saúde da UBS Sede da cidade realizou durante três meses a intervenção, as ações foram desenvolvidas com base nos protocolos do Ministério de Saúde para o atendimento dos pacientes que tem hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus.

Nosso objetivo principal foi melhorar o atendimento aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência da UBS, o qual foi conseguido.

Primeiro realizamos um projeto inicial onde traçamos objetivos, metas, ações de intervenção, indicadores para avaliarmos a cobertura das ações, estas realizadas de acordo com o cronograma estabelecido no projeto.

Na área de abrangência da UBS existem 417 pacientes com hipertensão segundo o último cadastramento da população do ano 2013. Identificamos que atendíamos na UBS apenas 186 pacientes, entretanto precisávamos atualizar os cadastros destes pacientes visando melhorar o seu acompanhamento e estabelecer um novo padrão de atendimento de acordo com as norma do Ministério da Saúde. Foram atualizados os cadastros e atendidos 299 (72%) dos usuários hipertensos. Nossa meta inicial era cadastrar e acompanhar 80% dos hipertensos, apesar de não termos atingido integralmente a meta inicial, até mesmo porque o projeto previa quatro e posteriormente foi reduzido pelo Curso para três meses de intervenção, consideramos que a intervenção foi muito bem sucedida e cumpriu com seu proposito de qualificar a atenção aos pacientes deste grupo.

Com relação à cobertura dos pacientes com diabetes mellitus conseguimos cadastrar todos os pacientes da área de abrangência que tinham diagnosticada a doença dos 75 pacientes todos foram cadastrados e receberam consulta clínica e ações educativas.

Foi garantido para todos estes pacientes a realização dos exames complementares, à prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia , garantimos o atendimento odontológico a todos os pacientes do programa, o atendimento odontológico foi, uma das nossas vitórias pois anteriormente eles só consultavam no caso de sentir dor de dentes ou alguma outra doença da boca. Foi realizada a busca ativa de todos os pacientes faltosos à consulta, e acompanhados durante o desenvolvimento

da intervenção. Todos aqueles com maior risco tem consultas planejadas mais frequentemente assim como visitas domiciliares e atendimento com o cardiologista que atende no município. A Equipe realizou atividades de educação em saúde nas consultas, nas visitas domiciliares e atividades de grupos de pacientes hipertensos e/ou diabéticos. Foram realizadas atividades de orientação nutricional, sobre a importância da realização de atividades físicas, os danos do tabagismo, e a importância de ter uma saúde bucal adequada.

A intervenção propiciou à Equipe de saúde aumentar ainda mais seus conhecimentos sobre estas doenças, organizar melhor o trabalho com esses pacientes e também com todos os outros. Através da intervenção foi possível interagir ainda mais com a comunidade, com as famílias e com o indivíduo doente. E de forma geral melhorou a integração de toda a equipe no atendimento destes e outros pacientes da área da abrangência da UBS. Também foi um passo alcançado um melhor trabalho em conjunto com a Secretaria Municipal de Saúde e outros líderes da comunidade.

Contamos com o apoio da Secretaria de Saúde para imprimir todos os documentos e outros materiais que foram utilizados para a realização da intervenção, e carros para as visitas aos domicílios dos pacientes, foi garantida a realização de exames complementares importantes para a avaliação destes pacientes, assim como, os atendimentos especializados com cardiologistas, endocrinologistas, entre outros também está disponibilizada para muitos deles, ainda que seja necessário aumentar as vagas, ainda existe uma demanda reprimida .

Pensamos que também deveria existir no município a possibilidade de fazer eletrocardiogramas, pois este exame é muito importante para detectar algumas doenças cardiovasculares como cardiopatias isquêmicas. Solicitamos que estes e outros problemas sejam avaliados pelos gestores para em um futuro ter garantida a realização deste importante exame sem ter que conduzir ao paciente a outros municípios.

Resumindo com a intervenção no Programa de diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial em nossa UBS conseguimos aumentar a cobertura de hipertensos e diabéticos cadastrados e atendidos na UBS, melhorar a condição de saúde destes usuários e melhorar o nosso serviço, e a integração da Equipe para traçarmos novos desafios visando a melhoria da saúde de nossa comunidade.

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

A equipe de saúde da UBS sede da cidade realizou um trabalho em conjunto com a os principais gestores da comunidade dirigida aos usuários hipertensos e/ou diabéticos de toda a área de abrangência de nossa UBS.

Para a realização deste trabalho que denominamos de intervenção foi feito um cronograma (plano de atividades semanal) com ações para melhorar a situação de saúde destes usuários, foram realizadas ações como atividades de educação em saúde sobre importância da prática de atividade física, alimentação saudável, importância de realizar as consultas de acompanhamento com médico e dentista, e sobre os danos provocados pelo tabagismo e outras drogas.

Nosso objetivo principal na intervenção foi melhorar a saúde dos usuários com hipertensão e diabetes, aumentando o número de hipertensos e diabéticos atendidos na UBS, para isto foi necessário fazer busca ativa nas residências ,cadastrar a maior quantidade de usuários, porque nos inícios só tínhamos 186 pacientes que consultavam de 417 que devem ter a doença, e sabíamos de muitos só iam na UBS para retirar seus medicamentos, mas não consultavam por não terem sintomas da doença. E sabemos que estas doenças, fundamentalmente a hipertensão arterial muitas vezes não tem sintomas mesmo com pressão arterial elevada. No final da intervenção finalizamos com 299 pacientes hipertensos cadastrados e 75 pacientes diabéticos da área de abrangência.

Todos esses usuários e seus familiares receberam educação em saúde sobre suas doenças, aqueles pacientes que por seu estado de saúde debilitado ou por outras razões não conseguiam chegar até a UBS foram atendidos nas suas residências. Todos receberam atendimento clínico adequado, foram avaliados sobre necessidade de atendimento odontológico, todos tinham direito a realização de exames complementares pelo SUS, garantido pela Secretaria de Saúde do Município. Muitos dos medicamentos que são utilizados nestas doenças são oferecidos de graça na UBS e outros com a receita são comprados por os pacientes a preços módicos na Farmácia Popular dos Municípios perto da cidade.

Foi realizada a avaliação cardiovascular e aqueles com maior risco de doenças cardiovasculares ou já com a doença tem o garantido um acompanhamento com maior número de consultas e visitas domiciliares e acompanhamento por o cardiologista do hospital.

Temos garantidas todas as condições para continuar trabalhando no programa de hiperdia na UBS, queremos aumentar ainda mais a cobertura da intervenção para os pacientes hipertensos e diabéticos da área de abrangência, e incorporar as ações educativas para toda a comunidade, realizando um maior número de palestras e atividades com o grupo de diabéticos e hipertensos,

assim como criar outros grupos como para atenção ao adolescente, de aleitamento materno integrando ainda mais os diferentes programas para prevenção e promoção de saúde. Esperamos continuar contando com o apoio da comunidade para seguirmos em frente na busca de melhorias para a saúde de toda a nossa comunidade.

Obrigada!

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

No início do Curso foi um pouco difícil sobre tudo devido às dificuldades do idioma, ainda tenho dificuldades, porém estou melhorado a cada dia.

Outro problema era que eu não tinha um conhecimento mais profundo sobre a comunidade da área de abrangência, que também foi melhorando durante este período, com as visitas domiciliares, perguntando ao enfermeiro, e com a ajuda das ACS, e dos gestores e sobretudo com o preenchimento do Caderno das ações programáticas disponibilizado pelo Curso. Desta forma obtive um maior conhecimento sobre a população, seus problemas principais de saúde, suas preocupações,

independentemente da hipertensão arterial e diabetes mellitus que foi o programa da minha intervenção.

Melhorei meus conhecimentos sobre os protocolos de atendimento no Brasil para atenção aos usuários com hipertensão arterial e diabetes mellitus, e de outros programas, com os estudos da prática clínica, os TQC, os casos clínicos das diferentes semanas o qual foi de grande importância pois de diferentes formas me obrigaram a ter maior sistematização no estudo e hoje o meu desenvolvimento nas consultas com os pacientes é ainda melhor e mais qualificado.

Foi muito importante fazer a intervenção com os usuários hipertensos e/ou diabéticos, pois permitiu aumentar a cobertura e a qualidade do atendimento para estes grupos, e melhorar a forma com que estes usuários olhavam para a sua condição de saúde, a intervenção possibilitou que eles assumissem mais responsabilidade com a sua saúde e a dos seus familiares, entretanto ainda temos que continuar trabalhando nesse sentido.

A intervenção ensinou-me a organizar melhor o trabalho com esses pacientes e também com todos os outros. Soube distribuir melhor as tarefas dos profissionais da equipe de saúde segundo os protocolos do Ministério de Saúde com relação ao cadastramento, acompanhamento, tratamento.

A intervenção melhorou o vínculo entre os profissionais da equipe e esta passou a ser vista como um pilar importante na toma de decisões para melhorar a situação de saúde da comunidade em conjunto com os principais gestores da comunidade. Foi fundamental aprender a organizar um processo de intervenção na comunidade, este conhecimento poderá ser utilizado para futuras intervenções em outros programas do Ministério de Saúde.

Referências

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2013.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial. Brasília (DF): Ministério da saúde, 2013

Anexos

Anexo A - Documento do comitê de ética



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

OF. 15/12

Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr^a
Prof^a Ana Cláudia Gastal Fassa

Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde

Prezada Pesquisadora;

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

Patrícia Abrantes Duval
Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL

Anexo B - Planilha de coleta de dados

HAS e DM DIANA REVISADO, SEMANA 12 (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

Formatação Condicional Formatar como Tabela Estilos de Célula

Inserir Excluir Formatar

AutoSoma Preencher Limpar Classificar e Filtrar Localizar e Selecionar Edição

N310

de 24 - Área de transferência

Colar tudo Limpar tudo

Clique em um item para colar:

Opções

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês														
Indicadores para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamento?	Todos os medicamentos são da lista do Hipertenso 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 a prática de atividade física regular?	O paciente recebeu orientação sobre os riscos do tabagismo?	O paciente recebeu orientação sobre higiene bucal?
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	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim
276	273	CREUZA FRANCISCA DE SOUSA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
277	274	FRANCISCO JOSE DA COSTA	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
278	275	MANOEL ANTONIO DE VIANA	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1
279	276	LUIS FRANCISCO DE SOUSA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
280	277	ROSA ANTONIA DA ROCHA	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
281	278	LEOPOLDINO APULINDO DA ROCHA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
282	279	PERCILIA RIBEIRO SILVA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
283	280	GABRIEL JOAO PEREIRA	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
284	281	JOAQUIM JOSE DE CARVALHO	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
285	282	JOANA ANA DE CARVALHO	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
286	283	MARIA RODRIGUES DE CARVALHO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
287	284	MARIA INES DE SOUSA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
288	285	LUISA MARIA DA SILVA	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
289	286	ANTONIA MARIA DE SOUSA BRITO	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
290	287	ALZIRA VITORIA DE SOUSA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
291	288	MARIA CLEOFAS DA SILVA SOUSA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
292	289	JOSE PAULINO DE CARVALHO	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
293	290	TERESINHA MARIA DA COSTA SOU	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1
294	291	ABEL DEMOSTENES DE SOUSA	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
295	292	FRANCISCO DAS CHAGAS ROCHA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
296	293	JOSE MACIO DA SILVA	1	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

Anexo D - Termo de responsabilidade livre e esclarecida para uso de fotografias

Eu, (Escreva seu nome aqui), (coloque sua profissão e número do conselho função aqui) e/ou membros da Equipe sob minha responsabilidade, vamos fotografar e/ou filmar você individualmente ou em atividades coletivas de responsabilidade da equipe de saúde. As fotos e/ou vídeos são para registrar nosso trabalho e poderão ser usadas agora ou no futuro em estudos, exposição de trabalhos, atividades educativas e divulgação em internet, jornais, revistas, rádio e outros. As fotos e vídeo ficarão a disposição dos usuários.

Assumo os seguintes compromissos com a pessoa que autorizar a utilização de sua imagem:

1. Não obter vantagem financeira com as fotos e vídeo;
2. Não divulgar imagem em que apareça em situação constrangedora;
3. Não prejudicar e/ou perseguir nenhuma das pessoas que não autorizar o uso das fotos;
4. Destruir as fotos e/ou vídeo no momento que a pessoa desejar não fazer mais parte do banco de dados;
5. Em caso de fotos e/ou vídeo constrangedor, mas fundamental em estudos, preservar a identidade das pessoas envolvidas;
6. Esclarecer toda e qualquer dúvida relacionada ao arquivo de fotos e/ou opiniões.

Nome

Contato:

Telefone: ()

Endereço Eletrônico:

Endereço físico da UBS:

Endereço de e-mail do orientador: