

**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Especialização em Saúde da Família
Modalidade a Distância
Turma nº 07**



Trabalho de Conclusão de Curso

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS Vila Rica, São Vicente do Sul/RS.

Juan Jose Fuentes Melo

Pelotas, 2015

Juan Jose Fuentes Melo

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS Vila Rica, São Vicente do Sul/RS.

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.

Orientador: Carolina Neves Fagundes

Pelotas, 2015

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

M527m Melo, Juan Jose Fuentes

Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS Vila Rica, São Vicente do Sul/Rs. / Juan Jose Fuentes Melo; Carolina Neves Fagundes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

90 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. Fagundes, Carolina Neves, orient. II. Título

CDD : 362.14

Dedico este trabalho à população do município de São Vicente do Sul por tantas amostras de simpatias e carinhos e a minha família que sempre esteve presente no dia a dia de meu trabalho e que tem me dado tanto apoio apesar da distância.

Agradecimentos

A minha Orientadora por seu apoio nos momentos mais difíceis da docência e por sua dedicação ao trabalho. A minha equipe de saúde pela ajuda e consagração ao trabalho e a Secretaria de Saúde e Prefeitura do município de São Vicente do Sul/RS por ter me dado todo o apoio necessário para a realização do projeto.

Resumo

MELO, Juan Jose Fuentes. **Melhoria da Atenção à Saúde das Pessoas com Hipertensão e/ou Diabetes Mellitus na UBS Vila Rica, São Vicente do Sul/RS**. 2015. 90f. Trabalho de Conclusão de Curso (Curso de Especialização em Saúde da Família) - Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, sendo que entre elas, a Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o Diabetes mellitus (DM) são atualmente duas das mais comuns e severas no mundo. A Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Rica, do Município de São Vicente do Sul conta com uma população de 3100 habitantes, dessa população, 2020 pessoas tem 20 anos ou mais de idade. O percentual de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS era de 52% e em relação ao DM era de 94%. Destaca-se que a UBS esteve por cerca de dois anos sem assistência médica, assim, o município atendia somente cerca de 12 pacientes agendados por dia. Dessa forma, a maior parte dos usuários hipertensos e diabéticos registrados estavam sem controle e acompanhamento. Considerando a relevância das complicações causadas pela HAS e pelo DM no contexto atual, a elevada prevalência dessas doenças no Brasil, e a falta de acompanhamento dessa população pela UBS em São Vicente do Sul justifica-se a escolha do foco no Programa de Hipertensão e Diabetes para intervenção na UBS. Trata-se de um trabalho de intervenção que tem como objetivo geral melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes com 20 anos ou mais de idade, da área de abrangência da UBS Vila Rica no Município São Vicente do Sul, RS. Esta intervenção foi desenvolvida na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Rica durante 12 semanas. Os resultados obtidos mostram que de um total de 671 pessoas com hipertensão estimadas para a área de cobertura da unidade avaliamos e cadastramos 273 pessoas (79,1%) e dentre o total de 191 pessoas com diabetes mellitus estimadas para a área avaliamos e cadastramos um total de 109 pessoas (60,6%). Realizamos exame clínico apropriado em 99,8% dos usuários com hipertensão (272) e 98,2% com diabetes mellitus (108) acompanhados no período. Os exames complementares foram realizados em 99,6% (272) das pessoas com hipertensão e em 98,2% (108) das pessoas com diabetes mellitus. Foi realizada avaliação de risco cardiovascular em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados. Foi realizada busca ativa em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos faltosos, assim como foram realizadas atividades de orientação nutricional, orientação sobre prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal em 100 % dos usuários hipertensos e diabéticos acompanhados no período. Dessa forma, por meio da intervenção realizada foi possível dar início a um monitoramento adequado dos usuários oferecendo consultas com agendamento prévio para alcançar o controle adequado. Também realizamos palestras educativas de promoção e prevenção à saúde na unidade e nas comunidades. A equipe de saúde teve um maior conhecimento de sua população e conseguiu trabalhar de forma integral.

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

Lista de Figuras

Figura 1	Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Vila Rica, município de São Vicente do Sul, RS.	63
Figura 2	Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Vila Rica, município de São Vicente do Sul, RS.	64
Figura 3	Gráfico de Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Vila Rica, município de São Vicente do Sul, RS.	65
Figura 4	Gráfico de Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Vila Rica, município de São Vicente do Sul, RS.	66
Figura 5	Gráfico de Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Vila Rica, município de São Vicente do Sul, RS.	67
Figura 6	Gráfico de Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Vila Rica, município de São Vicente do Sul, RS.	68
Figura 01	Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Vila Rica, município de São Vicente do Sul, RS.	80
Figura 02	Gráfico de Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Vila Rica, município de São Vicente do Sul, RS.	80

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

ACS	Agente Comunitário de Saúde
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
DM	Diabetes Mellitus
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF	Estratégia da Saúde da Família
HAS	Hipertensão arterial sistêmica
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

Sumário

Apresentação	9
1 Análise Situacional	10
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS	10
1.2 Relatório da Análise Situacional	11
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional.....	21
2 Análise Estratégica	22
2.1 Justificativa	22
2.2 Objetivos e metas	24
2.2.1 Objetivo geral	24
2.2.2 Objetivos específicos e metas	24
2.3 Metodologia	26
2.3.1 Detalhamento das ações	26
2.3.2 Indicadores	48
2.3.3 Logística	53
2.3.4 Cronograma.....	57
3 Relatório da Intervenção.....	58
3.1 Ações previstas e desenvolvidas.....	58
3.2 Ações previstas e não desenvolvidas.....	60
3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados.....	60
3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços	61
4 Avaliação da intervenção.....	62
4.1 Resultados.....	62
4.2 Discussão	75
5 Relatório da intervenção para gestores	79
6 Relatório da Intervenção para a comunidade	82
7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem.....	84
Referências	85
Anexos	Erro! Indicador não definido.

Apresentação

O presente trabalho de conclusão de curso teve como objetivo geral melhorar a atenção à pessoa com hipertensão arterial sistêmica e/ou diabetes mellitus, na UBS Vila Rica, município de São Vicente do Sul/RS.

Na primeira seção será apresentada a análise situacional sobre a situação da unidade de saúde Vila Rica, São Vicente do Sul/RS, o relatório da análise situacional e um parágrafo comparativo entre o texto inicial da análise inicial e o relatório final da análise situacional.

Na segunda seção será descrita a análise estratégica que aborda a justificativa para a realização da intervenção, os objetivos e metas, a metodologia, as ações, indicadores, logística e cronograma de execução do projeto de intervenção.

A terceira seção é composta pelo relatório da intervenção onde serão apresentadas as ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, as ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, as dificuldades encontradas na coleta e sistematização dos dados e, por fim, a análise da viabilidade da incorporação das ações à rotina do serviço.

Na quarta seção será contemplada a avaliação da intervenção, na qual serão apresentados os resultados, a discussão, na quinta e sexta seções o relatório entregue aos gestores e o relatório a ser apresentado à comunidade local.

Na sétima seção será apresentada a reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem e por fim, a bibliografia utilizada durante a elaboração do trabalho, bem como os anexos e apêndices que foram utilizados e produzidos durante a intervenção.

1 Análise Situacional

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Rica, localizada no município de São Vicente do Sul fica na zona rural do mesmo. Atendemos sete comunidades que ficam entre 2 e 10 Km desta UBS, a UBS tem um consultório médico, sala de espera, recepção, sala de arquivo, cozinha, 2 banheiros, sala de curativos e sala de triagem. Aqui se realizam consultas de enfermagem, curativos e exames cito patológicos. Os recursos humanos envolvidos neste trabalho são um médico geral, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um estagiário de enfermagem, um dentista e seis agentes comunitários de saúde (ACS).

Em nosso município existe uma população estimada de 9000 habitantes e pertencem à área de abrangência da UBS aproximadamente 3000 habitantes. De acordo com dados levantados pelos ACS existem cerca de 350 usuários com hipertensão, 180 com diabetes, 17 grávidas e 25 crianças menores de um ano. A equipe faz pesquisa de outras doenças crônicas e dos fatores de risco que mais acometem a população da área até conseguir ter um controle de cada uma das pessoas nas comunidades atendidas e classificadas dependendo dos principais fatores de risco. Já temos diagnosticado 25 novos usuários com hipertensão e 6 com diabetes que não conheciam sua doença. Fazemos visitas domiciliares juntamente com os agentes de saúde para conseguir um acompanhamento de cada um dos usuários com mais qualidade, por enquanto existe uma boa comunicação entre Medico-Enfermeira e os ACS e avaliamos juntos os usuários.

Realizamos até 8 consultas agendadas de manhã e 8 de tarde sem contar os casos de demanda espontânea. Dessa forma, atendemos cerca de 20 a 30 usuários ao dia, visitamos até 8 famílias na semana priorizando os pacientes acamados e cadeirantes. Temos uma tarde destinada ao atendimento de grávidas e outra destinada ao atendimento de crianças menores de um ano a fim de garantir um melhor seguimento destes sendo que também aproveitamos para fazer algumas atividades de grupo com temas diversos, como por exemplo, a importância do aleitamento materno até os

primeiros 6 meses de vida e importância das vacinação em dia, a realização das consultas e exames pré-natais e como evitar os acidentes dentro de casa. Nas quintas-feiras temos atendimento na comunidade de Loreto que é a que mais longe fica e onde também agendamos entre 20 e 30 pacientes que podem ser desta comunidade ou de outras que ficam perto, fazemos visitas aos pacientes acamados que não podem ir ao consultório, também temos grupos de fumantes, diabéticos e hipertensos com quem realizamos muitas atividades com o intuito de promover a mudança de hábitos e estilos de vida para mais saudáveis e evitar as complicações mais frequentes que são produzidas por estas doenças.

Os principais problemas de saúde encontrados na comunidade são a hipertensão, diabetes, e transtornos mentais sendo que entre os fatores de risco mais importantes está o hábito de fumar, a obesidade e os pacientes alcoólatras. As estratégias de trabalho baseiam-se no acompanhamento das doenças crônicas para evitar as complicações cardiovasculares e cerebrovasculares que são as mais frequentes. Desenvolvemos atividades para a comunidade como acompanhamento pré-natal a fim de diminuir a morbimortalidade infantil e materna, trabalhamos com os grupos de risco visando modificar hábitos e estilos de vida, temos um grupo de gestantes onde falamos todas as semanas diferentes temas sobre a gestação, também temos grupos com adolescentes para evitar gravidez não desejada e as doenças de transmissão sexual. Eu percebo que o trabalho da UBS vem melhorando cada vez mais.

1.2 Relatório da Análise Situacional

Eu trabalho no município de São Vicente do Sul, estado do Rio Grande do Sul, onde existe atualmente uma população de aproximadamente 9000 habitantes segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, onde a maior parte dela mora no centro da cidade. O município possui atualmente três Unidades Básicas de Saúde (UBS) todas mistas. Estas unidades são: a UBS do centro da cidade chamada Daily Busseconi que é a maior e a que maior população atende, cerca de 4000 habitantes, a UBS Lauro Prestes que fica na periferia e é a que menor

população atende, cerca de 2000 habitantes e a UBS Vila Rica que fica também na periferia e atende as comunidades do interior, cerca de 3000 habitantes.

No município contamos com três médicos que atuam na atenção básica, contamos com Núcleo de Apoio Saúde da Família (NASF), com um hospital geral que tem médico de plantão todos os dias, com equipe de Raio X e de EKG e também com dois laboratórios clínicos que realizam exames a todos os pacientes vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) não temos Centro de Especialidades Odontológicas (CEO) e nem serviços de atenção especializada.

A UBS em que trabalho é a Vila Rica, esta UBS é rural e atende a área da comunidade onde mora a população de menos recursos econômicos e as comunidades do interior do município que são sete, a mais longe fica a 20 km da UBS e se chama Loreto. A UBS tem uma população na área de adstrita de 3100 usuários. Estamos totalmente vinculados com o Sistema Único de Saúde (SUS), mas não com unidades de ensino e somos uma unidade tradicional. Temos uma somente uma equipe de saúde composta por um Médico Geral, um Enfermeiro (a), um Técnico de Enfermagem, um Dentista, uma Técnica de Dentista, seis Agentes de saúde, um Nutricionista, uma Psicóloga e um Educador físico.

Em relação à estrutura física, minha UBS é pequena, tem um Consultório médico e outro odontológico, uma sala de recepção, uma de curativos, outra sala de enfermagem onde fica também a farmácia, dois banheiros, um para trabalhadores e outro para pacientes, uma cozinha e um departamento para realizar exames de colo de útero. O ambiente é adequado para os usuários e a equipe de saúde, tem dimensões adequadas e janelas que permitem uma boa ventilação e luminosidade. O consultório médico, odontológico, a sala de curativos e de enfermagem tem ar condicionado e o resto das áreas tem ventiladores, por isso tem todas as condições para um atendimento integral do paciente. As deficiências que mais atrapalham o desenvolvimento de nosso trabalho relacionam-se ao fato de não termos local próprio de farmácia e os medicamentos que temos não são suficientes para o atendimento da população para todas as urgências médicas já que não contamos com a maior parte dos fármacos utilizados para tratar as mesmas.

Não existem materiais para sutura médica e quando chega um caso temos que mandar buscar no hospital. Não contamos com local para reunião e não temos condições para receber pacientes acamados assim como não contamos com uma rampa de acesso adequada e banheiros para pacientes deficientes. A UBS tem um projeto para sua ampliação no ano 2015 e estas deficiências vão ser levadas em conta. Visando minimizar as deficiências de medicamentos fizemos uma reunião com o responsável da farmácia de nosso município e com o gestor local para discutir as principais limitações relacionadas com a falta de medicamentos e buscar soluções viáveis.

São muitas as atribuições desenvolvidas pelos profissionais da nossa equipe. Já tem feito o processo de territorialização e mapeamento de área de atuação da equipe e tem identificação de grupos expostos a riscos como, por exemplo, número de hipertensos, diabéticos, asmáticos e outros. Realizamos cuidado em saúde para a população em seu domicílio sejam consultas médicas ou de enfermagem, realizamos orientações em saúde, entregamos medicamentos, a enfermeira aplica medicação injetável e junto com o técnico de enfermagem realiza curativos naqueles usuários acamados ou que tem algum impedimento que os impede de assistir a consultas, damos atendimentos e acolhimento para as pessoas com doenças psiquiátricas e pessoas idosas, sendo que estes atendimentos são feitos por toda a equipe de saúde.

Na UBS realizamos somente pequenas cirurgias pelo médico geral quando chega algum usuário com urgência, pois não temos condições para atendimentos das urgências e emergências médicas. As agentes de saúde realizam busca ativa de doenças e agravos de notificação compulsória e quando são encontrados se faz notificação das mesmas. Fazemos atividades de grupo com adolescentes quanto às doenças de transmissão sexual, riscos do tabagismo, planejamento familiar, aleitamento materno, pré-natal, puericultura, câncer, saúde de mulher, Hipertensão, Diabetes, sofrimento psíquico e outros temas onde quase sempre participa toda a equipe de saúde. Também promovemos a participação da comunidade no controle social. Realiza-se todas as semanas na terça-feira na tarde reunião de equipe onde se trata a construção de agenda de trabalho, organização do processo de trabalho, discussão de caso, qualificação clínica, planejamento das ações e

regramento e análises de indicadores. A enfermeira e o técnico de enfermagem de minha UBS participam de atividades de qualificação profissional para o fortalecimento do controle social, da atenção à saúde, além de participarem do gerenciamento de insumos necessários para o adequado funcionamento da UBS.

Nossa equipe de saúde atende uma área de abrangência muito extensa sendo a área maior das comunidades do interior e só contamos com uma agente de saúde que é insuficiente para o controle e atendimento da população da mesma, isto dificulta o trabalho da UBS. O transporte para estas comunidades é muito difícil o que dificulta os agendamentos dos pacientes que moram nelas, mas estas dificuldades já estão sendo tratadas pelo Secretário de Saúde e já tem a proposta de outra agente de saúde, além disso, todos os dias deixamos dois agendamentos para pacientes do interior e os casos são tratados e atendidos como demanda espontânea.

Nossa área de abrangência tem um aproximado de 3000 habitantes onde fica a comunidade de Vila Rica que é a maior e 6 comunidades distantes com uma extensão aproximada de 20 quilômetros. Para o atendimento desta contamos com um médico geral, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um odontólogo, uma técnica de odontologia e 6 agentes de saúde que trabalham nas comunidades além de um psicólogo, uma nutricionista e uma orientadora de atividades físicas que é suficiente para um atendimento adequado a população, mas agora só contamos com uma agente de saúde, situação já conversada com a secretaria de saúde e estamos na espera da solução do problema. Temos uma população com 2090 pessoas maiores de 20 anos, deles 401 maiores de 60 anos, 25 crianças menores de 1 ano, 17 gestantes, 12 puérperas, 750 mulheres de 25 a 64 anos, 298 de 50 a 69 anos, 350 hipertensos e 180 diabéticos.

Em relação à demanda espontânea, temos excesso de demanda na UBS, mas buscamos atender a toda a demanda espontânea que chega ainda no mesmo dia e tratamos que todos fiquem satisfeitos. Os casos que não podemos dar solução por falta de recursos são encaminhados ao hospital, para casas de socorro ou de pronto atendimento e, caso necessário, até para consultas especializadas fora do município. Logo no início do meu trabalho como médico, tivemos dificuldades, pois os usuários que não recebiam

consultas médicas não ficavam satisfeitos e os agendamentos só se realizavam no dia anterior desta consulta, mas com o tempo temos garantido que todos os usuários que buscam a nossa unidade tenham um bom atendimento seja pela enfermeira, técnico de enfermagem, dentista, médico ou as agentes de saúde, buscamos sempre melhorar os acolhimentos, aumentando as demandas espontâneas principalmente para os usuários de comunidades distantes e buscando educar a população sobre a importância dos agendamentos que agora são realizados todos os dias.

Sobre a atenção à saúde da criança, em nossa UBS temos 25 menores de um ano com registro mediante fichas impressas na unidade com um percentual de cobertura de 69% de acordo com o Caderno de Ações Programáticas. Destes 25 menores de 1 ano, 100% estão com consultas em dia de acordo ao protocolo do Ministério de Saúde, vacinas em dia, realização do teste de pezinho até 7 dias, com monitoramento de desenvolvimento na última consulta, avaliação de saúde bucal e orientação para aleitamento materno exclusivo. No entanto, somente 12 delas (48%) tem a primeira consulta de puericultura nos primeiros 7 dias e realizaram triagem auditiva, temos 61 crianças menores de 5 anos (84,5%) e 390 crianças de 5 a 14 anos (87,6%) segundo registros na UBS.

As crianças são atendidas todos os dias, mas segunda-feira de tarde é agendamento exclusivo para esta população. As ações de atenção à saúde da criança já estão estruturadas de forma programada para estas idades e estamos trabalhando para ter um controle programático até os 12 anos tanto das crianças saudias como aquelas que tenham algum tipo de doença. Meu serviço adota o protocolo do Ministério de Saúde Brasileiro para a atenção as crianças e toda a equipe realiza atividades de promoção e educação de saúde com apoio da população. Na UBS em que trabalho realizamos atenção as crianças desde seu nascimento e as agentes de saúde quando ficam sabendo da ocorrência de um parto já faz uma primeira visita e agenda a consulta para captação da puérpera.

Quando iniciamos estas consultas começamos primeiro pelas crianças menores de um ano e logo fomos incorporando as outras idades até completar o total das crianças, mais ainda temos muitas dificuldades com as comunidades do interior onde existem muitos problemas sobre tudo com o

transporte, por em quanto estamos fazendo as consultas do interior na quinta feira quando temos agendamentos na comunidade de Loreto que é a maior de todas e a que mais população tem. Em cada consulta damos todas as orientações possíveis às mães sobre aleitamento materno, acidentes mais comuns no domicilio, higiene pessoal e ambiental, cuidados gerais do recém-nascido e outras, e tratamos que saiam satisfeitas com o tratamento, atenção e acolhimento que tiveram da equipe de saúde e convencidas da importância da atenção as crianças, além de já saírem com a próxima visita e consulta agendada de nossa UBS.

É importante destacar que em nosso Município não temos pediatra e os casos que precisam avaliação são encaminhados pelo SUS para o Hospital Universitário (HUSMI) do Município de Santa Maria, mas fazemos atendimento integral com nutricionista e psicólogo e são poucas as crianças que são encaminhadas. Também realizamos atividades de promoção de saúde como palestras nas primeiras terças feiras de cada mês com a participação de toda a equipe de saúde e as mães e crianças da área de abrangência da UBS. Eu acho que o trabalho ainda tem que melhorar muito, mas acredito que pelo menos nas comunidades do interior vamos a conseguir que nossa UBS tenha o controle de todas as crianças da sua área de abrangência.

Em relação à atenção ao pré-natal, nossa UBS tem 17 grávidas registradas mediante fichas de seguimento na unidade com percentual de cobertura de 38% de acordo ao CAP, delas 8 (48%) tem pré-natal iniciado no primeiro trimestre, 17 (100%) tem consultas em dia de acordo de acordo com o calendário preconizado por Ministério de Saúde, solicitação na primeira consulta de exames laboratoriais preconizados, vacina antitetânica e hepatites B conforme protocolo, prescrição de suplementação ferrosa conforme protocolo, avaliação de saúde bucal, orientação sobre aleitamento materno e 10 (59%) tem exame ginecológico por trimestre, estas mulheres são atendidas nas quartas-feiras de tarde. Esses atendimentos são estruturados de forma programática e se adota o protocolo de manual técnico do Ministério da Saúde Brasileiro. Realizamos no mínimo 6 consultas médicas a cada gestante e quando é necessário fazemos avaliação com ginecologista. Temos como dificuldade não poder destinar atenção às grávidas nas comunidades do interior por não ter condições já que o consultório médico é muito pequeno e

não temos maca ginecológica e por tanto todas as consultas são feitas na UBS de Vila Rica. Na consulta de captação encaminhamos as gestantes para a vacina e atendimento de odontologia, e nas consultas de seguimento sempre estamos cientes de sua situação. Trabalhamos para diminuir a gravidez na adolescência mediante atividades educativas de palestra, atividades educativas sobre uso de anticoncepcionais nas consultas médicas a pacientes adolescentes já que são as que maiores riscos têm de morte materna por causa direta ou indireta. As assistências pré-natais adequada em as detecções e as intervenções precoces das situações de risco são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que tem o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal e com esse objetivo trabalhamos em minha UBS para buscar reduzir o risco de mortalidade em nosso município.

Em relação às puérperas em nossa unidade temos 12 puérperas registradas mediante fichas impressas o que representa um percentual de cobertura de 33% de acordo ao CAP, delas 12 (100%) consultaram antes dos 42 dias após o parto e tiveram sua consulta puerperal registrada, receberam orientação sobre os cuidados básicos do recém-nascido, aleitamento materno, planejamento familiar, tiveram as mamas e o abdome examinado assim como exame ginecológico. No entanto, somente 3 (25%) tiveram seu estado psíquico avaliado e 10 (83%) foram avaliadas quanto a intercorrências. Nosso principal objetivo é realizar a captação da puérpera na primeira semana após o parto para um seguimento e controle adequado destas, mas no início tivemos dificuldades já que anteriormente estas atividades não eram realizadas pela falta de atendimento médico na unidade, no entanto, tudo foi melhorando até conseguirmos a assistência a consultas programadas das mesmas. Cada agente de saúde se responsabiliza de reportar todos os partos de sua comunidade e de agendar as consultas. Na consulta realizamos exame ginecológico e damos atividades educativas sobre puerpério normal e patológico.

Sobre o câncer de colo de útero, na UBS Vila Rica temos 750 mulheres entre 25 e 64 anos registradas de forma impressa na unidade representando um percentual de cobertura de 91% de acordo ao CAP, delas 600 (80%) tem exame cito patológico em dia de acordo ao protocolo, 150 (20%) tem exame

cito patológico para câncer de útero com mais de 6 meses de atraso, 12 tem exame alterado, 600 (80%) tem avaliação de risco para câncer de colo de útero, orientação sobre prevenção de CA de útero e DSTs e exames coletados com amostras satisfatórias. Sobre câncer de mama em nossa unidade temos 298 mulheres entre 50 e 69 anos registradas de forma impressa, representando um percentual de cobertura de 96% de acordo com o CAP, delas 151 (51%) tem mamografia em dia e 147 (49%) mamografia com mais de 6 meses de atraso, 151 receberam avaliação de risco para câncer de mama e 164 (55%) receberam orientação sobre prevenção de câncer de mama.

Em todas as mulheres com idade entre 25 e 69 anos realizamos ações de controle e prevenção de câncer de útero e mama por meio da realização de exames cito patológicos de colo de útero em todas as mulheres com risco e com vida sexual ativa, mas agora estes exames vão passar a serem feitos no hospital por uma enfermeira destinada para esta função por solicitação da direção de saúde do município, mas contando sempre com a participação da enfermagem da UBS. Realizamos indicações para mamografias a todas as mulheres maiores de 40 anos, mas temos que dizer que estas ações não estão estruturadas de forma programática. Toda a equipe participa de ações de promoção e atenção dos fatores de risco que visam prevenir estas doenças e com apoio da população e trabalhamos para ter um melhor controle destas doenças.

Em nossa área de abrangência temos 2 usuárias com câncer de mama e uma com câncer de colo que já está acamada. Cada agente de saúde tem um controle em sua comunidade das mulheres compreendidas nestas idades e são as encarregadas de agendar os exames cito patológicos e as mamografias de sua população. Em cada consulta médica com estas pacientes se realizam atividades educativas sobre prevenção e promoção de câncer de útero e mama assim como em cada visita domiciliar, além de realizar palestras com estes temas. Todas as mulheres quando tem os resultados das mamografias e exame cito patológicos são encaminhadas pela enfermeira para as consultas médicas na unidade para avaliação e seguimento. Na quarta reunião semanal todos os meses a enfermeira realiza um resumo sobre os resultados deste programa no mês e discutimos entre todos os membros da equipe estratégias para superar as dificuldades.

Em relação à atenção a saúde dos usuários com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou diabetes mellitus (DM) em nossa unidade temos 350 usuários hipertensos segundo estimativas do CAP representando um percentual de cobertura de 52%, destes, 36 (9%) tem estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, 150 (43%) exames complementares em dia de acordo ao protocolo e 52 (15%) orientação sobre prática regular de atividades físicas e alimentação saudável. Em relação aos diabéticos em nossa unidade temos 180 usuários diabéticos o que representa um percentual de cobertura de 94% de acordo com estimativas do CAP, destes, 94 (54%) tem estratificação de risco cardiovascular por critério clínico, exames complementares em dia de acordo com o protocolo, exame físico dos pés, palpação de pulso tibial e medida da sensibilidade nos últimos 3 meses assim como orientação sobre prática regular de atividades físicas e alimentação saudável.

Os usuários com hipertensão e/ou diabetes recebem atendimento todos os dias na UBS, mas não há um dia específico para os atendimentos e os mesmos são feitos de forma espontânea. Só estão estruturadas de forma programática aquelas pessoas que já foram atendidas por algum sintoma ou busca de medicamentos de controle os quais já tem seu programa de seguimento com as consultas que tem que realizar por ano. Estamos trabalhando para melhorar o controle de todos os usuários que necessitam de atendimento por estas doenças. A equipe de saúde da UBS realiza ações de prevenção e controle dos fatores de risco e das complicações que podem provocar a HAS e o DM. Em cada consulta médica, de enfermagem e nas visitas domiciliares se realizam atividades educativas sobre dieta saudável, exercício físico, tabagismo, obesidade e outras além de que na primeira quarta-feira do mês se realiza uma palestra com a participação de toda a equipe de saúde onde a nutricionista, o psicólogo e a orientadora física realizam intervenções de suas especialidades aos usuários hipertensos e/ou diabéticos da área de abrangência. À medida que aumentamos o controle destas doenças a adesão da população vai melhorando cada vez mais, mas ainda não conseguimos chegar até as comunidades mais distantes que é onde existem maiores dificuldades. Cada usuário atendido é registrado no novo registro feito na unidade com todos os dados e sua programação de consultas.

Sobre atenção à saúde dos idosos, em nossa unidade o percentual de cobertura é de 98% (401 pessoas maiores de 60 anos), destes, 350 (87%) tem avaliação de risco para morbimortalidade, 350 (87%) tem orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis, 350 (87%) tem orientação sobre atividade física regular, 298 (74%) estão com acompanhamento em dia, 260 (65%) são hipertensos e 81 (20%) são diabéticos. As ações de atenção à saúde que são realizadas não estão estruturadas de forma programada e toda a equipe de saúde está trabalhando para ter um bom controle desta população que é a que tem maior risco de doenças crônicas. Os idosos são atendidos todos os dias da semana e se fazem ações de promoção e atenção de saúde sobre dieta saudável, tabagismo, obesidade, importância do exercício físico e outras em cada consulta médica, de enfermagem, nas vistas domiciliares, mediante palestras na primeira quarta feira de todos os meses com a participação de toda a equipe. Todas as semanas se programa visitas domiciliares com o objetivo de realizar consultas médicas e de enfermagem a idosos acamados que não podem ser atendidos na unidade.

Na UBS temos consulta de saúde bucal que conta com todas as condições necessárias para o atendimento da população, mas recentemente, há cerca de um mês não temos mais dentista já que este finalizou o seu contrato de trabalho e só contamos com uma técnica de odontologia que realiza alguns atendimentos que chegam a UBS. O número de atendimentos em primeira consulta programática de acordo ao CAP para pré-escolar de 0-4 anos é de 31 (43%), escolar de 5-14 anos é de 301 (68%). O número de atendimentos de idosos é de 29 (7%) e gestantes de 17 (38%).

Em relação ao atendimento não programado, para pré-escolar de 0-4 anos é 13 (42%), escolar de 5-14 anos é de 161 (53%) e gestantes 2 (12 %). Tratamento inicial completado em pré-escolar de 0-4 anos é 25 (8%), escolar 5-14 anos é de 248 (82%), idosos é de 5 (17%) e gestantes é de 17 (100%). Realizam-se atendimentos com orientação sobre alimentação saudável e higiene bucal a 100 % dos atendimentos. Também se realiza atividades de promoção e prevenção sobre higiene bucal como palestras pelas agentes nas comunidades que trabalham. As consultas se fazem por livre demanda de atendimento e se realizam de forma programada nas quintas feiras de todas as

semanas. Não tem dias específicos para grávidas e crianças, mas sempre que temos uma captação de gestante se agenda sua consulta odontológica.

O maior desafio de minha UBS é garantir o controle completo e adequado de toda a população de sua área de abrangência com o objetivo de estruturar de forma programática todas as ações de atenção e promoção de saúde e também ter todas as condições para poder atender todas as urgências e emergências que cheguem de forma espontânea.

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

Ao finalizar esta avaliação realizando um comparativo entre a atividade da segunda semana de ambientação sobre a situação do serviço de saúde e o presente relatório, destaco que nossa equipe de saúde agora está completa e a atenção à população está melhorando muito já que todas as comunidades distantes têm agentes de saúde que moram nelas e que conhecem sua área de saúde o que também vai ajudar a melhorar o trabalho da unidade.

Também é importante destacar a importância da descentralização do serviço de atendimento às mulheres para prevenção dos cânceres de colo e de mama, hoje realizado no hospital por uma enfermeira especializada, pois assim poderemos manter um melhor seguimento destes, além de que a integração da equipe para os atendimentos sobre tudo quando temos que realizar a avaliação de uma grávida, um hipertenso ou um diabético em conjunto com psicologista ou nutricionista também está melhorado muito e já não temos dificuldades.

Eu acredito que o trabalho da unidade melhorou muito, mas ainda temos que seguir trabalhando para melhorar os atendimentos e a qualidade de vida de nossa população.

2 Análise Estratégica

2.1 Justificativa

As doenças cardiovasculares constituem a principal causa de morbimortalidade na população brasileira, sendo que entre elas, a Hipertensão arterial sistêmica (HAS) e o Diabetes mellitus (DM) são atualmente duas das mais comuns e severas no mundo (WHO, 2011). A HAS causa grande impacto na saúde da população e apresenta importantes complicações como: acidente vascular cerebral, doenças isquêmicas do coração, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e isquemia vascular periférica como as mais graves (SBC, 2010). Inquéritos populacionais realizados em cidades brasileiras nos últimos vinte anos apontaram prevalências de HAS acima de 30% na população, variando nas diversas regiões do país. Além disso, cerca de 85% dos pacientes com acidente vascular encefálico e 40% das vítimas de infarto do miocárdio apresentam hipertensão associada (CESARINO et al., 2008; ROSARIO et al., 2009).

Em relação ao DM, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que o país tivesse cerca de 4,6 milhões de diabéticos em 2000 e teria mais de 11,3 milhões em 2030 (WILD et al., 2004). Segundo dados da Sociedade Brasileira de Diabetes de 2009, a estimativa é de que cerca de dez a doze milhões de brasileiros apresentam o diagnóstico de DM (11% da população adulta) (SBD, 2009). Entre os anos de 2010 e 2030, a previsão é de que ocorrerá aproximadamente um aumento de 69% no número de adultos com DM (SHAW, 2010).

Estas doenças levam com frequência à invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o paciente, sua família e a sociedade. Porém, quando diagnosticadas precocemente, são bastante sensíveis, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações, sendo possível retardar sua progressão e as perdas delas resultantes (BRASIL, 2013). Por isso, investir na prevenção é decisivo não só para garantir a qualidade de vida como também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos, principalmente quando se considera o alto grau de sofisticação tecnológica da medicina moderna. Se for possível prevenir e evitar danos à saúde do cidadão, este é o caminho a ser seguido (BRASIL, 2013).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Rica, do Município de São Vicente do Sul de acordo com os registros existentes na unidade conta com uma população de 3100 habitantes, com atendimento diário da população adstrita. Dessa população, 2020 tem 20 anos ou mais de idade. O percentual de hipertensos com 20 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS é de 52%, sendo que o percentual de pacientes que realizaram estratificação de risco cardiovascular é de apenas 10%, exames complementares em dia 43%, e orientações sobre prática regular de atividade física e orientação nutricional apenas 15% para ambos. Em relação ao DM, 94% dos diabéticos com 20 anos ou mais residentes na área são acompanhados na UBS, porém, mais de 45% estão com mais de 7 dias de atraso na consulta agendada e apenas 54% fizeram estratificação de risco cardiovascular por critério clínico.

Destaca-se que a UBS esteve por cerca de dois anos sem assistência médica, assim, o município atendia somente cerca de 12 pacientes agendados por dia. Dessa forma, a maior parte dos usuários hipertensos e diabéticos registrados estavam sem controle e acompanhamento não sendo possível ter registros de dados fidedignos na unidade, sendo este um dos motivos que motivou a escolha da ação programática com foco nos portadores de HAS e de DM, além de ser estas doenças uma das principais causas de consultas e agendamentos na unidade.

Considerando a relevância das complicações causadas pela HAS e pelo DM no contexto atual, a elevada prevalência dessas doenças no Brasil, e a falta de acompanhamento dessa população pela UBS em São Vicente do Sul justifica-se a escolha do foco no Programa de Hipertensão e Diabetes para intervenção na UBS. A intervenção será muito importante no contexto da UBS já que tem como objetivo conhecer e cadastrar a população da área de abrangência, bem como diagnosticar precocemente e fazer um controle dos fatores de risco a fim de reduzir as complicações mais frequentes a nível cardiovascular, cerebral e renal melhorando a qualidade de vida da população da área de abrangência.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo Geral

Melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes, com 20 anos ou mais de idade, da área de abrangência da UBS Vila Rica, no Município de São Vicente do Sul, Estado do Rio Grande do Sul.

2.2.2 Objetivos específicos e metas

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de pacientes hipertensos e diabéticos na UBS.

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

Meta 1.2: Cadastrar 100 % 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 dos hipertensos e diabéticos

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

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

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

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

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

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

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

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

2.3 Metodologia

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 16 semanas na Unida Básica de Saúde (UBS) (abril, maio, junho e julho de 2015) Vila Rica, no Município de São Vicente do Sul, estado do Rio Grande do Sul. Participarão da intervenção 382 pessoas com idade de 20 anos ou mais que sejam portadores de hipertensão e/ou diabetes. O cadastro será realizado de acordo com os registros existentes na UBS e com as fichas espelho fornecida pelo curso. Adotaremos o programa de Hipertensão Arterial Sistêmica descrito nos Cadernos de Atenção Básica nº 37 do Ministério da Saúde, Brasília, 2013. E para realizar a intervenção no programa de Diabetes Mellitus adotaremos o Caderno de Atenção Básica nº 36, Brasília, 2013.

2.3.1 Detalhamento das ações

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de usuários com hipertensão e/ou diabetes.

Meta 1.1: Cadastrar 70% das pessoas hipertensas e 100 % das pessoas diabéticas da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Meta 1.2: Cadastrar 100 % das pessoas diabéticas da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

Ação- Eixo Ação monitoramento e avaliação

- Realizar monitoramento do total de usuários hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento: Realizar nos acolhimentos pela enfermeira e pelo técnico de enfermagem e nas consultas médicas e de enfermagem o cadastro de todos os pacientes hipertensos e diabéticos que procurem a nossa Unidade. Garantir que as agentes de saúde cadastrem os pacientes hipertensos e diabéticos de suas comunidades. Cadastrar nas visitas domiciliares pela equipe de saúde os pacientes hipertensos e diabéticos de nossa Unidade.

Ação- Eixo Organização e gestão do serviço

- Melhorar o acolhimento para os usuários com HAS e/ou DM.

Detalhamento: Realizar um bom acolhimento desde a recepção do paciente, identificando um integrante da equipe só para identificar etos pacientes hipertensos e diabéticos que acudam a nossa unidade, brindar uma boa orientação, com muito carinho e sensibilidade, logo encaminhar para sala de triagem, onde o técnico de enfermagem ou a enfermagem tomam os signos vitais, e a técnica odontológica faze um acolhimento dos pacientes também.

-Garantir o registro das pessoas hipertensas e diabéticas cadastradas no Programa.

Detalhamento: Fazer um registro para preencher os dados de todos os usuários hipertensos e diabéticos que acudam a nossa unidade. Isto será feito pela enfermeira.

-Garantir junto a gestores a disponibilização de recursos materiais necessários para intervenção.

Detalhamento: Realizar pela enfermeira e o técnico de enfermagem uma avaliação das equipes para a tomada de pressão arterial e hemoglicoteste existentes na unidade e nos casos que requeiram fazer um pedido a farmácia do município.

Ação- Eixo Engajamento público:

-Informar á população sobre o funcionamento do grupo de Atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus que funciona em nossa unidade.

Detalhamento: Realizar informação a toda a população com todos os meios disponíveis incluindo a raio do município sobre o funcionamento destes grupos em nossa Unidade e fazer convite para uma maior participação sobre todos os grupos de risco. Isto será feito por toda a equipe de saúde de forma permanente. Fazer divulgação nas comunidades pelas agentes de saúde sobre o funcionamento destes grupos.

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

Detalhamento: Realizar informação nas comunidades com todos os meios disponíveis incluindo a raio do município sobre a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos para a prevenção da hipertensão ao menos uma vez por ano. Isto será feito por toda a equipe de saúde de forma permanente.

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

Detalhamento: Realizar informação a toda a população nas consultas, nos acolhimentos, nas visitas domiciliares, nas reuniões com grupos de risco, mediante os agentes de saúde e por todos os meios sobre os principais fatores de risco como tabagismo, consumo de álcool, sedentarismo, obesidade, que podem desenvolver nestas doenças.

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

Detalhamento: Orientar as comunidades por meio dos agentes de saúde, os líderes comunitários e toda a equipe sobre a importância do rastreamento e controle dos adultos com pressão arterial sustentada maior que 135\80.

Ação- Eixo qualificação da prática clínica:

-Capacitação dos agentes comunitários para o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realizar capacitação na reunião da equipe pelo médico geral aos agentes comunitários sobre como fazer o cadastramento dos usuários hipertensos e diabéticos.

-Capacitar a equipe da unidade de saúde para verificação da pressão arterial de forma criteriosa.

Detalhamento: Realizar capacitação na reunião da equipe pelo médico geral à equipe da unidade sobre como verificar a pressão arterial de forma criteriosa.

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

Detalhamento: Realizar capacitação na reunião da equipe pela enfermeira e o técnico de enfermagem a toda a equipe sobre a realização de hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135\80.

Objetivo 2: melhorar a qualidade da atenção aos hipertensos e diabéticos.

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

Ação - Eixo Monitoramento e avaliação:

Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Fazer exame clínico completo em 100% dos usuários hipertensos e diabéticos cadastrados e quando saírem da consulta já tenha a outra consulta agendada. Nos casos de pacientes acamados ou que não possam acudir a consulta fazer o exame clínico em seu domicílio.

Ação- Eixo Organização e Gestão do Serviço:

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Garantir que cada membro da equipe conheça o que tem fazer no exame clínico dos usuários hipertensos e diabéticos. Por exemplo, a nutricionista deverá realizar o controle do peso, o dentista fazer a avaliação odontológica e o médico geral fazer o exame físico adequado, isto será feito com a realização de reuniões para discutir atribuições, realizadas 1 vez ao mês na unidade.

- Estabelecer periodicidade para atualização dos profissionais.

Detalhamento: Estabelecer pelo médico geral e pela enfermeira um cronograma de atualização dos profissionais da equipe.

-Disponer de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde

Detalhamento: Ter e manter atualizado o protocolo impresso da atenção a hipertensos e diabéticos pelo médico geral e a enfermagem.

Ação- Eixo Engajamento público:

- Orientar os pacientes hipertensos, diabéticos e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes, e sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente.

Detalhamento: Orientar em cada consulta médica e de enfermagem e em cada visita domiciliar pela equipe de saúde e pelas agentes de saúde aos pacientes diabéticos e hipertensos sobre os riscos das doenças cardiovasculares e sobre a necessidade de secar bem os pés após do banho e ter controle sobre sua sensibilidade assim como fazer em cada consulta avaliação deste pelo médico geral.

Ação- Eixo Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado nos usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realizar capacitação pelo médico geral nas reuniões da equipe sobre como fazer o exame clínico apropriado aos usuários diabéticos e hipertensos.

Meta 2.2: Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ação- Eixo Monitoramento e avaliação:

-Monitorar o acesso dos usuários hipertensos e diabéticos aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Garantir que 100 % dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados sejam tratados com medicamentos da farmácia popular fazendo ligações todas as sextas-feiras e visitas cada dois semanas pela enfermeira ao técnico da farmácia do município revisando o controle e saída dos medicamentos pelos pacientes da UBS atendidos em esse tempo. Que a enfermeira na última reunião da equipe do mês faça um relatório sobre as existências e faltas dos medicamentos da farmácia para fazer trocas em os casos que sejam necessários.

Ação - Eixo Organização e Gestão do Serviço:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

Detalhamento: Realização pela enfermeira e o técnico de enfermagem controle do listado de saída dos medicamentos para ver o consumo, solicitar atualizações mensais do estoque de medicamentos da farmácia do município e ter controle diário mediante tarjeta de entrada e saída dos medicamentos de doenças crônicas em existência na unidade;

-Manter um registro das necessidades de medicamentos das pessoas hipertensas e diabéticas cadastradas na unidade de saúde.

Detalhamento: Manter na unidade um registro de controle dos medicamentos da farmácia popular em existência e das necessidades de cada usuários hipertenso e diabético. Fazer revisão semanalmente deste registro pela enfermeira.

Ação - Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: Orientar em cada consulta médica ou de enfermagem, em cada visita domiciliar ou pelas agentes de saúde aos usuários hipertensos e diabéticos e as comunidades em geral sobre os direitos de cada paciente de ter acesso a medicamentos da farmácia popular. Estas informações serão também fixadas no mural da unidade, na sala de espera.

Ação- Eixo Qualificação da prática clínica:

-Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão e diabetes.

Detalhamento: Fazer capacitação nas reuniões da equipe pelo médico geral sobre atualização de hipertensão e diabetes.

- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular.

Detalhamento: Capacitação da equipe pelo farmacêutico do município sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da farmácia popular sempre que seja necessário.

Meta 2.3: Garantir a 100% dos hipertensos e a 100% dos diabéticos 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

Ação- Eixo Monitoramento e avaliação:

-Monitorar o número de pessoas hipertensas e diabéticas com exames laboratoriais solicitados de acordo como protocolo adotado na unidade de saúde.

Detalhamento: Indicação pelo médico geral na primeira consulta médica exames de laboratório de acordo a protocolo de atendimento a todos os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados e fazer monitoramento em cada reunião semanal da equipe.

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

Detalhamento: Revisar em cada consulta médica e de enfermagem e em cada visita domiciliar da equipe a realização de exames solicitados aos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados de acordo a periodicidade e na última reunião da equipe do mês analisar o tema.

Ação- Eixo Organização e Gestão do Serviço:

- Garantir a solicitação dos exames complementares a todos os usuários hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Revisão pelas agentes de saúde de todos os usuários hipertensos e diabéticos de suas comunidades e mediante o preenchimento da ficha espelho garantir a realização de exames complementares a todos eles.

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

Detalhamento: Realizar uma reunião com o secretário de saúde do município para garantir agilidade dos exames complementares de acordo ao protocolo a todos os usuários hipertensos e diabéticos.

- Estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados.

Detalhamento: Estabelecer com os dois laboratórios do SUS no município um sistema de alerta para os exames complementares preconizados mediante o sistema de prontuário eletrônico. Analisar isto através da enfermeira com o secretário de saúde do município.

Ação - Eixo Engajamento público:

- Orientar os pacientes hipertensos, diabéticos e a comunidade quanto à necessidade de realização de exames complementares.

Detalhamento: Orientar a cada usuário hipertenso e diabético seja mediante ações de promoção pelos agentes de saúde ou em cada consulta a importância que tem a realização de exames complementares para fazer um bom controle e evitar complicações frequentes sobre todo cardiovasculares. Realizar discussão todas as semanas na reunião da equipe.

- Orientar os usuários e a comunidade quanto à periodicidade com que devem ser realizados exames complementares.

Detalhamento: Orientar em cada consulta médica ou de enfermagem, em cada visita domiciliar pela equipe de saúde, mediante ações de promoção como palestras, mediante anúncios na Unidade a cada paciente hipertenso e diabético sobre a periodicidade com que tem que fazer os exames complementares.

Ação- Eixo Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Capacitação a equipe pelo médico geral nas reuniões da equipe uma vez ao mês sobre o protocolo adotado para a realização de exames complementares.

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.

Ação - Eixo Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Implantação de formulário específico para usuários hipertensos e diabéticos com os registros de todos os atendimentos realizados

Ação- Eixo Organização e Gestão do Serviço:

- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos.

- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento: Será estabelecido em reunião da equipe o profissional que ficará responsável pela manutenção das medicações disponíveis, verificação de validade e contato com a gestão local quando houver medicamentos faltosos, com adequado registro.

Ação- Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: Serão promovidas ações de orientação coletiva aos usuários e capacitações a todos os membros da equipe de saúde para a realização destas orientações.

Ação- Eixo Qualificação da prática clínica:

-Realizar atualização do profissional no tratamento da hipertensão.

-Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento: Promover atividades educativas aos profissionais da equipe 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.

Ação - Eixo Monitoramento e avaliação:

- Monitorar os hipertensos e os diabéticos que necessitam de atendimento odontológico.

Detalhamento: Será adquirido formulário específico para o monitoramento das pessoas que necessitem de atendimento odontológico e entregue a todos os membros da equipe para que caso verifiquem a necessidade, façam encaminhamento ao dentista da unidade.

Ação- Eixo Organização e Gestão do Serviço:

- Organizar a ação para avaliação da necessidade de atendimento odontológico dos hipertensos e dos diabéticos;

- Organizar a agenda de saúde bucal (se possível) para a realização do atendimento dos hipertensos e dos diabéticos provenientes da avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Detalhamento: Será feita capacitação de todos os membros da equipe para que possam organizar a ação e identificar a avaliação da necessidade de atendimento odontológico nos usuários, em especial, os ACS. Em reunião de equipe será discutido com o dentista a possibilidade de organizar a agenda deixando algumas vagas de atendimento para os usuários com HAS e/ou DM participantes da intervenção.

Ação- Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: A comunidade será orientada por todos os membros da equipe em todas as situações na Unidade ou fora dela, como nas visitas domiciliares, consultas médica e de enfermagem, palestras e encontros com a comunidade. Todos os membros da equipe serão orientados sobre a necessidade de dar orientações para a comunidade sobre a importância da realização da avaliação em saúde bucal.

Ação- Eixo Qualificação da prática clínica:

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

Detalhamento: Promover atividades educativas aos profissionais da equipe 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.

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

Ação - Eixo Monitoramento e avaliação:

- Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento: Realizar em cada reunião semanal pela enfermeira o monitoramento dos pacientes hipertensos e diabéticos com consultas previstas na semana que acudiram ou não as mesmas.

Ação - Eixo Organização e Gestão do Serviço:

-Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares.

Detalhamento: Deixar duas consultas por dia para os pacientes hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares. Isto vá a ser feito pela enfermeira.

-Fazer visitas domiciliares localizando os pacientes hipertensos e diabéticos faltosos a consulta.

Detalhamento: Realizar visitas pelas agentes de saúde aos pacientes hipertensos e diabéticos faltosos a consultas e agendar nova consulta. Nos casos dos pacientes acamados fazer consulta médica e de enfermeira no domicílio.

Ação- Eixo Engajamento público:

-Informar a população a importância de assistir a consulta em tempo.

Detalhamento: Informar mediante todos os meios, incluindo a rádio local, toda a população sobre a importância de assistir a tempo a consultas médicas para evitar complicações destas doenças. Realizar ações de promoção de saúde como palestras sobre este tema. Chamar os pacientes com HAS e DM para as reuniões e grupos.

-Ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes

Detalhamento: Ouvir os líderes comunitários e as comunidades em geral a fim de planejar meios e estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de HAS e DM. Isto será feito pelos agentes de saúde.

-Esclarecer aos portadores de hipertensão, diabetes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento: Orientar pelos agentes comunitários de saúde em cada visita domiciliar nas comunidades aos pacientes hipertensos e diabéticos sobre o período de tempo em que tem que assistir a consultas programadas. Orientá-lo também em cada consulta médica e de enfermagem.

Ação - Eixo Qualificação da prática clínica:

- Realizar capacitação aos agentes comunitários para que orientem aos hipertensos e diabéticos sobre a necessidade da assistência as consultas programadas.

Detalhamento: Realizar em cada reunião semanal pelo médico geral e a enfermeira uma capacitação aos agentes comunitários de saúde sobre como orientar aos pacientes hipertensos e diabéticos da necessidade da assistência a consultas programadas.

Objetivo 4: melhorar o registro das informações

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

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

Ação - Eixo Monitoramento e avaliação:

- Monitorar a qualidade dos registros de pacientes hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento: Este monitoramento será feito pela enfermeira e pelo técnico de enfermagem em todas as semanas. Será monitorado a qualidade dos registros de pacientes hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde e feito um alerta em caso de encontrar problemas.

Ação - Eixo Organização e Gestão do Serviço:

-Manter as informações do SIAB atualizadas.

Detalhamento: Atualização semanal pela enfermeira e/ou técnico de enfermagem das informações do SIAB.

-Implantar a ficha de acompanhamento.

Detalhamento: O médico geral será responsável por apresentar e implantar na unidade a ficha de acompanhamento aos demais membros da equipe para o seguimento dos pacientes hipertensos e diabéticos.

-Pactuar com a equipe o registro das informações.

Detalhamento: O médico geral ficará responsável por informar a equipe na reunião semanal sobre as informações para preencher os dados nos registros.

-Definir responsável pelo monitoramento e avaliação dos registros

Detalhamento: Será definido na reunião da equipe que as agentes de saúde fiquem responsáveis por fazer o preenchimento das informações e que a enfermeira e o técnico de enfermagem supervisionarão e avaliarão os dados registrados.

-Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento: A enfermeira organizará um sistema de registro com revisão semanal que faça controle e aponte os pacientes hipertensos e diabéticos com atraso nas consultas, na realização de exames complementares, na estratificação de risco, apoiando-se dos agentes comunitários, e junto à equipe buscar-se-á solução, o registro se discutira nas reuniões de equipe.

Ação- Eixo Engajamento público:

-Orientar aos pacientes hipertensos, diabéticos e a comunidade sobre os direitos em relação a manutenção e atualização de seus registros de saúde.

Detalhamento: Realizar orientações nas visitas domiciliares pelos agentes de saúde e/ou médico da unidade nas sextas-feiras aos pacientes

hipertensos e diabéticos sobre seus direitos em relação à manutenção e atualização de seus registros de saúde.

Ação - Eixo Qualificação da prática clínica:

- Capacitar à equipe de trabalho no preenchimento de dados necessários no registro dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Detalhamento: Realizar capacitação nas reuniões semanais pela enfermeira a toda a equipe sobre o preenchimento de dados necessários no registro dos pacientes hipertensos e diabéticos.

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

Detalhamento: Fazer capacitação nas reuniões semanais pelo médico geral a toda a equipe sobre o registro adequado dos procedimentos clínicos nas consultas aos pacientes hipertensos e diabéticos.

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.

Ação - Eixo Monitoramento e avaliação:

-Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento: Fazer revisão sobre a estratificação de risco cardiovascular em cada consulta médica ou de enfermagem aos pacientes hipertensos e diabéticos. As agentes de saúde também farão, em cada visita domiciliar a estes pacientes, revisão sobre a estratificação de risco.

Ação- Eixo Organização e Gestão do Serviço:

-Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco.

Detalhamento: Os pacientes com HAS e DM que apresentam alto risco terão prioridade de atendimento pelo médico geral nas consultas médicas seja mediante as consultas agendadas ou pelas demandas espontâneas.

-Organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento: A enfermeira e o técnico de enfermagem organizarão a agenda para o atendimento com prioridade destes pacientes e informarão aos mesmos sobre sua prioridade. Esta prioridade será informada aos demais pacientes em espera por meio de cartazes informativos a fim de explicar à população a necessidade desta priorização.

Ação- Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: Orientar em cada consulta médica e/ou de enfermagem aos pacientes quando são de alto risco e falar sobre a importância de realizar um acompanhamento regular de sua doença. Deixar claro que estes tem atendimento prioritário explicando os motivos e a importância de uma atenção mais específica.

-Esclarecer os pacientes hipertensos e diabéticos e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento: Orientar aos pacientes hipertensos e diabéticos em cada consulta médica ou de enfermeira ou nas visitas domiciliares da equipe ou mediante ações de promoção de saúde como palestras, mediante folders, cartazes, rádio local sobre a importância do adequado controle dos fatores de risco que são modificáveis como alimentação, obesidade, sedentarismo, álcool e outros. Serão disponibilizados grupos para a população com os temas apontados.

Ação- Eixo Engajamento publico

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

Detalhamento: Capacitação nas reuniões da equipe pelo médico geral a toda a equipe sobre como realizar a estratificação de risco segundo o escore de Framingham. Atualizar a equipe 1 vez ao mês.

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

Detalhamento: Realizar capacitação pelo médico geral e a enfermeira nas reuniões semanais a toda a equipe sobre a importância da avaliação de risco cardiovascular aos pacientes hipertensos e diabéticos.

- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento: Fazer capacitação pelo médico geral nas reuniões semanais a toda a equipe sobre como realizar o controle de fatores de risco modificáveis.

Objetivo 6: promover a saúde dos 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.

Ação- Eixo Monitoramento e avaliação:

-Monitorar a realização de orientações aos pacientes hipertensos e diabéticos sobre temas de alimentação saudável

Detalhamento: Monitoramento pelo médico geral e a enfermeira em cada reunião semanal da realização de orientações aos pacientes hipertensos e diabéticos sobre prática de alimentação saudável. Será solicitada a uma

nutricionista a realização de palestras sobre os temas alimentação saudável a fim de atualizar a equipe.

Ação - Eixo Organização e Gestão do Serviço:

-Organizar práticas coletivas sobre temas de alimentação saudável.

Detalhamento: Organização pela enfermeira e as agentes de saúde de práticas coletivas como palestras sobre temas de alimentação saudável. Será solicitada ao gestor uma nutricionista para a realização das práticas coletivas.

Ação - Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: Orientar em cada consulta médica e de enfermagem e em cada visita domiciliar pelos membros da equipe assim como mediante ações de promoção como palestras ou propaganda mediante distribuição de folders aos pacientes hipertensos e diabéticos sobre a importância da alimentação saudável.

Ação- Eixo Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável.

Detalhamento: Capacitação nas reuniões semanais pelo médico geral e pela nutricionista a toda a equipe de saúde sobre as práticas de alimentação saudável.

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 diabéticos.

Ação- Eixo Monitoramento e avaliação:

-Monitorar a realização de orientações aos pacientes hipertensos e diabéticos sobre temas de pratica regular de atividade física.

Detalhamento: Monitoramento nas reuniões semanais pela orientadora física sobre as orientações aos pacientes hipertensos e diabéticos sobre a realização de atividade física de forma regular.

Ação- Eixo Organização e Gestão do Serviço:

-Organizar práticas coletivas sobre pratica regular de atividade física.

Detalhamento: Organização a cada quinze dias pela profissional de Educação física práticas coletivas de atividades físicas.

Ação - Eixo Engajamento público:

- Orientar os hipertensos e diabéticos e a comunidade sobre a importância da Prática de atividade física regular.

Detalhamento: Orientar em cada consulta médica e de enfermagem e em cada visita domiciliar pelos membros da equipe assim como mediante ações de promoção como palestras ou propaganda mediante distribuição de folders informativos aos pacientes hipertensos e diabéticos sobre a importância da pratica regular de atividades físicas.

Ação - Eixo Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe de trabalho sobre promoção da pratica de atividade física

Detalhamento: Capacitação pela orientadora física nas reuniões semanais a toda a equipe sobre promoção da pratica regular de atividades físicas.

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 diabéticos.

Ação- Eixo Monitoramento e avaliação:

-Monitorar a realização de orientações aos pacientes hipertensos e diabéticos sobre risco do tabagismo.

Detalhamento: Monitoramento pelo médico geral e a enfermeira em cada reunião semanal da realização de orientações aos pacientes hipertensos e diabéticos sobre riscos do tabagismo. Serão trazidos materiais de atualização profissional abordando o tema tabagismo, cada membro da equipe deverá ler o material e comentar sobre o tema gerando um debate.

Ação - Eixo Organização e Gestão do Serviço:

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

Detalhamento: Será solicitada com antecedência ao gestor do município (Secretaria de saúde) a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Ação- Eixo Engajamento público:

- Orientar os hipertensos e diabéticos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento: Orientar em cada consulta médica e de enfermagem e em cada visita domiciliar pelos membros da equipe assim como mediante ações de promoção como palestras ou propaganda mediante distribuição de folders e cartazes informativos na unidade aos pacientes hipertensos e diabéticos sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo. Os pacientes serão convidados para uma palestra realizada pelo médico da unidade a fim de explicar os benefícios do tratamento.

Ação - Eixo Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe para o tratamento de pacientes tabagistas.

Detalhamento: Capacitação pelo médico geral nas reuniões semanais a toda a equipe sobre tratamento de pacientes tabagistas.

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.

Ação- Eixo Monitoramento e avaliação:

-Monitorar a realização de orientações aos pacientes hipertensos e diabéticos sobre higiene bucal.

Detalhamento: Monitoramento pelo dentista da unidade em cada reunião semanal da realização de orientações aos pacientes hipertensos e diabéticos sobre higiene bucal.

Ação - Eixo Organização e Gestão do Serviço:

-Organizar práticas coletivas sobre higiene bucal.

Detalhamento: Organização a cada quinze dias pelo dentista e a técnica odontológica práticas coletivas sobre higiene bucal e convidar a comunidade para participar. Será solicitada ao gestor a compra de material de higiene bucal para a distribuição para os pacientes a fim de fazer promoção da saúde.

Ação - Eixo Engajamento público:

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

Detalhamento: Orientar em cada consulta médica odontológica e de enfermagem e em cada visita domiciliar pelos membros da equipe assim como mediante ações de promoção como palestras ou propaganda na rádio local aos

pacientes hipertensos e diabéticos sobre a importância da higiene bucal. Isto será reforçado nas palestras realizadas pelo dentista da unidade.

Ação - Eixo Qualificação da prática clínica:

- Capacitar a equipe de trabalho para oferecer orientações de higiene bucal.

Detalhamento: Capacitação pelo dentista nas reuniões semanais a toda a equipe sobre tratamento de higiene bucal.

2.3.2 Indicadores

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

Meta 1.1: Cadastrar 70% dos pacientes hipertensos de nossa área de abrangência.

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

Numerador: Número de hipertensos cadastrados residentes em nossa área de abrangência.

Denominador: Número total de pacientes hipertensos residentes em nossa área de abrangência.

Meta 1.2: Cadastrar 100 % dos pacientes diabéticos de nossa área de Abrangência.

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

Numerador: Número de diabéticos cadastrados residentes em nossa área de abrangência

Denominador: Número total de pacientes de pacientes diabéticos residentes em nossa área de abrangência.

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

Meta 2.1: Realizar exames clínicos periódicos aos 100% pacientes hipertensos cadastrados.

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

Numerador. Número de hipertensos com exames clínicos realizados de acordo ao protocolo.

Denominador. Número total de hipertensos cadastrados.

Meta 2.2: Realizar exames clínicos periódicos aos 100% pacientes diabéticos cadastrados.

Indicador 2.2: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico realizado de forma adequada.

Denominador. Número total de diabéticos cadastrados.

Meta 2.3: Realizar avaliação odontológica aos 100% dos pacientes hipertensos cadastrados.

Indicador 2.3: Proporção de hipertensos com o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com necessidades de atendimento odontológicos avaliados.

Denominador: Número total de pacientes hipertensos registrados em nossa área.

Meta 2.4: Realizar avaliação odontológica aos 100% dos pacientes diabéticos cadastrados.

Indicador 2.4: Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de Diabéticos com necessidades de atendimento odontológicos avaliados.

Denominador: Número total de pacientes Diabéticos registrados em nossa área.

Meta 2.5: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados.

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

Numerador: Número de pacientes hipertensos cadastrados com prescrição de medicamentos de farmácia popular

Denominador: Número total de pacientes hipertensos cadastrados.

Meta 2.6: Priorizar a prescrição de medicamentos de farmácia popular aos 100% dos pacientes diabéticos cadastrados.

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

Numerador: Número de pacientes diabéticos cadastrados com prescrição de medicamentos de farmácia popular

Denominador: Número total de pacientes diabéticos cadastrados.

Meta 2.7: Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.7: Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

Meta 2.8: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Indicador 2.8: Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

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

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

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

Meta 3.1: Buscar 100% dos pacientes diabéticos faltosos a consulta para fazer um seguimento adequado.

Indicador 3.1: Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados.

Meta 3.2: Buscar 100% dos pacientes hipertensos faltosos a consulta para fazer um seguimento adequado.

Indicador 3.2: Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados.

Objetivo 4: Melhorar o registro das informações

Meta 4.1: Realizar ficha de acompanhamento a 100% dos pacientes hipertensos cadastrados em nossa UBS.

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

Numerador: Número de hipertensos com ficha de acompanhamento cadastrado em nossa unidade

Denominador: Número total de pacientes hipertensos cadastrados.

Meta 4.2: Realizar ficha de acompanhamento a 100% dos pacientes diabéticos cadastrados em nossa UBS.

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

Numerador. Número de diabéticos com ficha de acompanhamento cadastrado em nossa unidade

Denominador. Número total de pacientes diabéticos cadastrados.

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

Meta 5.1: Realizar estratificação de risco cardiovascular aos 100% dos Pacientes hipertensos cadastrados em nossa unidade

Indicador 5.1: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade

Meta 5.2: Realizar estratificação de risco cardiovascular aos 100% dos Pacientes diabéticos cadastrados em nossa unidade

Indicador 5.2: Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

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

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade.

Objetivo 6: Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

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

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

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam as orientações 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 6.2: Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam as orientações 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 6.3: Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam as orientações sobre a 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 a 100% dos pacientes diabéticos.

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

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam as orientações sobre a prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.5: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.5: Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam as orientações sobre higiene bucal

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.6: Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.6: Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam as orientações sobre higiene bucal

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.7: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo aos 100% dos pacientes hipertensos.

Indicador 6.7: Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do Tabagismo.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam as orientações sobre os riscos do tabagismo

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Meta 6.8: Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo aos 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6.8: Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam as orientações sobre os riscos do tabagismo

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.3.3 Logística

Para realizar a intervenção no programa de hipertensão e diabetes utilizaremos como Protocolo a publicação que se encontra na Unidade Básica de Saúde que são os Cadernos de Atenção Básica de hipertensão arterial sistêmica e de diabetes mellitus (BRASIL, 2013). Para coletar todos os dados o

médico e a enfermeira vão utilizar a ficha do paciente e a ficha espelho disponibilizados pelo curso.

Vamos utilizar a planilha eletrônica de coleta de dados para consolidar os dados. Estimamos alcançar com a intervenção 70% de pacientes hipertensos e um 100% de pacientes diabéticos. Faremos contato com o gestor municipal para dispor das fichas espelhos necessárias e para imprimir as fichas complementares que serão anexadas às fichas-espelho.

Para a organização do registro específico do programa a enfermeira e o técnico de enfermagem revisarão o livro de registro identificando todos os pacientes cadastrados fazendo revisão das fichas de acompanhamento anexando uma anotação sobre consultas médicas e exames clínicos e laboratoriais em atraso. Com isto já estaremos fazendo o primeiro monitoramento.

Nas fichas vamos buscar tudo relacionado a quantidades e motivos de consultas médicas e de enfermagem, visitas dos agentes comunitários, fatores de risco, evolução e presença de complicações, tratamento farmacológico dos pacientes, avaliação por outras especialidades. Além disto, vamos utilizar as fichas de atendimento odontológico destes pacientes buscando os atendimentos feitos, evolução dos mesmos e os pacientes faltosos.

Para viabilizar a ação de capacitação da equipe para a utilização do protocolo, serão realizadas capacitações sistemáticas com toda a equipe da atenção básica sobre os cadernos de atenção básica do Ministério da Saúde utilizado como manual técnico na intervenção. Esta capacitação será realizada na própria UBS, realizadas em todas as semanas na reunião da equipe de saúde. Temos como proposta analisar ao menos duas delas por semana. Serão realizadas discussões de casos clínicos, alimentação padronizada dos registros pelos agentes comunitários de saúde e será feita capacitação da equipe sobre preenchimento de dados.

O acolhimento dos pacientes hipertensos e diabéticos será realizado pela enfermeira ou pelo técnico de enfermagem. Estes farão o acolhimento inicial e, posteriormente, farão os procedimentos de rotina como: verificação da pressão arterial, frequência cardíaca, temperatura e pesagem antes de entrar para a consulta médica.

Usuários avaliados como alto risco terão prioridade de atendimento sendo atendidos no mesmo turno. Pacientes com problemas agudos serão atendidos no mesmo turno para agilizar o tratamento. Hipertensos e diabéticos que buscam consultas de rotina terão prioridade no agendamento, sendo que a demora deverá ser menor do que 3 dias. Os pacientes sairão da UBS com a próxima consulta agendada. Os hipertensos e diabéticos terão atendimento para consulta médica todos os dias da semana e aqueles pacientes que são urgências ou emergências vão ser atendidos como demanda espontânea.

Nas terças e sextas-feiras de manhã serão agendados cinco pacientes, três hipertensos e dois diabéticos, vamos manter três agendamentos para outras consultas e 4 para demandas espontâneas. Na quinta-feira serão atendidos os casos das comunidades do interior na comunidade de Loreto que é a maior, de manhã na consulta e de tarde vamos realizar visitas nas comunidades mais distantes. Nos casos acamados vamos realizar consultas médicas e de enfermagem em seu domicílio. Todos os pacientes vão sair com a próxima consulta agendada.

Serão desenvolvidas as ações de engajamento público da nossa equipe com o intuito de sensibilizar a comunidade, serão confeccionados cartazes e folders na UBS bem como nos espaços comunitários com informações sobre fatores de risco, sintomas e complicações da hipertensão e do diabetes, assim como medidas de prevenção com o objetivo de que a população conheça a importância da adesão ao programa. Serão realizadas em cada consulta médica, de enfermagem, visitas domiciliares pela equipe ou as agentes de saúde ações de promoção e prevenção de saúde como orientações sobre alimentação saudável, prática regular de atividade física, tabagismo e outras. Além disso, nas sextas-feiras de tarde vamos realizar na unidade de Vila Rica atividades do grupo de pessoas com hipertensão e diabetes de nossa área de abrangência com participação de toda a equipe.

Em nossa Unidade vamos sensibilizar a população com orientações desde a recepção, na consulta de enfermagem ou na consulta médica, além disso, vamos manter o mural com informações precisas para que a população toda esteja envolvida. Para monitoramento da ação programática vamos realizar o monitoramento todas as semanas. A enfermeira e o técnico de enfermagem revisarão o prontuário eletrônico o desenvolvimento da semana,

quantidade de pacientes consultados, exames de laboratório pendentes, pacientes faltosos, pacientes em estudo. No caso dos pacientes faltosos as agentes comunitárias de saúde farão visitas domiciliares e agendaram nova consulta médica.

3 Relatório da intervenção

3.1 Ações previstas e desenvolvidas

Analisando as atividades que foram previstas no cronograma do projeto de intervenção para serem desenvolvidas durante a intervenção realizada na UBS Vila Rica, município São Vicente do Sul, RS com usuários portadores de hipertensão e diabetes a qual estava prevista para ser realizada em um período de 16 semanas, mas foi realizada em um período de 12 semanas, conclui-se que todas foram cumpridas em sua totalidade.

A intervenção possibilitou ampliar a cobertura dos pacientes com hipertensão e diabetes, realizar exames clínicos e laboratoriais, fazer avaliação do risco cardiovascular e melhorar a qualidade dos registros das informações na UBS. Além disso, os usuários receberam orientações sobre alimentação saudável, prática de exercício físico, risco do tabagismo, e importância da higiene bucal melhorando a qualidade da atenção aos usuários.

Logo nas primeiras semanas de intervenção, em reunião de equipe, na própria UBS, os profissionais da equipe de saúde receberam capacitação pelo médico da unidade sobre o protocolo de hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde. Além disso, a enfermeira e técnico de enfermagem realizaram a capacitação dos agentes comunitários de saúde para a realização da busca ativa dos pacientes hipertensos e diabéticos faltosos. Dessa forma, ficou bem estabelecido o papel de cada profissional na ação programática. Foi de grande importância definir as atribuições de cada membro da equipe e capacitar os profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde.

Realizamos contato com lideranças da comunidade para falar sobre a importância da ação programática solicitando apoio para a captação destes pacientes e para as demais estratégias. Ficou definido que os agentes comunitários de saúde seriam os responsáveis por contatar a cada líder comunitário e a cada membro de suas comunidades.

Realizamos monitoramento constante da intervenção com o objetivo de analisar os resultados de trabalho de cada semana e traçar estratégias para a implementação do projeto. O responsável por este monitoramento era o médico geral onde semanalmente fazia revisão das quantidades de pacientes

avaliados, as dificuldades encontradas na revisão das fichas espelhos e as estratégias para a semana seguinte.

Fizemos contato com gestores em reunião para garantir a disponibilização dos recursos materiais necessários para a realização do projeto com a presença do Secretário de Saúde onde solicitamos transporte para que pudéssemos nos deslocar para comunidades distantes e materiais necessários como impressão de protocolos e fichas espelho, além de materiais adequados para medir pressão arterial e para realização do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Organizamos a agenda para que os atendimentos clínicos destinados aos pacientes hipertensos e diabéticos fossem feitos em todas as semanas. Os pacientes primeiramente eram acolhidos na recepção pela enfermeira da unidade, pelo técnico de enfermagem ou pelos agentes de saúde, depois era encaminhado para a triagem onde a enfermeira realizava a tomada dos sinais vitais e começava o preenchimento dos dados na ficha espelho. Depois disso, o paciente era encaminhado para a consulta médica onde se realizava o exame físico, indicavam-se os exames de laboratoriais, atualizava-se a prescrição de medicamentos. As quintas-feiras se realizavam consultas de manhã em Loreto que é a comunidade maior fora da unidade e de tarde trabalhamos nas comunidades mais distantes com pacientes hipertensos e diabéticos avaliados pelas agentes de saúde. Garantimos os registros de todos os usuários cadastrados melhorando a qualidade dos mesmos.

Aumentamos a quantidade de visitas domiciliares em busca aos faltosos e aqueles que, pela condição física não podiam se deslocar até a unidade de saúde. Foi organizada a agenda para garantir o acolhimento dos usuários provenientes das buscas ativas domiciliares. Tivemos algumas dificuldades para começar a implantação da intervenção, essas dificuldades eram relacionadas com a incorporação das agentes de saúde, mas foram incorporadas antes do início do trabalho.

O grupo para pessoas com hipertensão e/ou diabetes foi planejado para ser desenvolvido em todas as semanas, mas nas primeiras da intervenção apresentamos algumas dificuldades devido à ausência de alguns profissionais que havíamos contato para participar do grupo, como a ausência da Nutricionista que estava em férias, mas logo foi incorporada as atividades.

Além disso, grande parte da população não tinha conhecimento do funcionamento deste grupo, o que nos permitiu perceber a necessidade de melhor divulgação das atividades do mesmo e colocamos anúncios na unidade. Preenchemos os dias em que o grupo para pessoas com hipertensão e/ou diabetes acontecia na unidade com a incorporação de atividades de promoção e prevenção feitas com a realização de atividades físicas, orientações sobre os efeitos nocivos do tabagismo e importância da alimentação saudável. No geral todas as atividades foram realizadas. O preenchimento de dados na ficha espelho foi realizado por toda a equipe, mas a enfermeira, o técnico de enfermagem e o médico geral faziam a revisão de todas as fichas.

No início tivemos dificuldades com as agentes de saúde como já mencionado, na quantidade e disponibilidade de medicamentos na farmácia e nos resultados dos exames de laboratório mais depois foram superados. Outra dificuldade foi o transporte por motivos pessoais do técnico de enfermagem para outro município que era um dos profissionais com melhor preparação, e após começo a trabalhar outra técnica que foi capacitada e também fez abandono do trabalho mais a equipe continuo o trabalho com muito entusiasmo

3.2 Ações previstas e não desenvolvidas

Todas as ações previstas na realização do projeto foram desenvolvidas desde o controle dos pacientes hipertensos e diabéticos até a realização da capacitação e a realização das ações de promoção e prevenção onde foi usada a rádio em duas ocasiões.

3.3 Aspectos relativos à coleta e sistematização dos dados

Em relação à coleta e sistematização de dados. No início da intervenção a equipe e os agentes e saúde tiveram algumas dificuldades devido a alguns dados faltantes dos pacientes. No preenchimento de dados também presentamos dificuldades como, por exemplo, com as doses e quantidades de medicamentos por dia, mas quando a intervenção foi avançando todo foi melhorando até erradicar os problemas.

3.4 Viabilidade da incorporação das ações à rotina de serviços

A realização da intervenção foi muito importante para o trabalho da unidade e do município e vamos dar continuidade na UBS a fim de alcançar 100% dos pacientes adscritos na área de abrangência. A intervenção realizada já está incorporada a rotina da UBS, continuamos realizando ações de promoção e prevenção, dando seguimento médico aos pacientes já avaliados, realizando captação de novos pacientes, continuamos com as visitas as comunidades distantes que é onde ficam mais pacientes para avaliar e trabalhando em conjunto com os pacientes de maior risco além de continuar as visitas de pacientes acamados que não podem assistir a consultas. Acreditamos que com a experiência adquirida pela equipe estamos em condições de estender a intervenção para outras ações programáticas.

Com a intervenção foi possível realizar um adequado controle e seguimento dos pacientes hipertensos e diabéticos o que permitiu melhorar muito o trabalho da equipe e evitar as complicações destas doenças na população. Conseguimos diagnosticar muitos casos novos e chegar até pacientes com abandonos de tratamentos, com complicações circulatórias ou neurológicas que foram encaminhados ou internados, ações que salvaram suas vidas e a população ficaram muito agradecidas, mostrando muito apoio para a realização do projeto.

A Prefeitura do município em conjunto com a Secretaria de Saúde também deram todo seu apoio e ficaram muito entusiasmados em realizar o trabalho em todo o município de São Vicente. Dessa forma, acreditamos que teremos total apoio para a continuidade da intervenção e futuramente a expansão da mesma para outras ações programáticas.

4 Avaliação da intervenção

4.1 Resultados

Durante três meses (abril, maio e junho de 2015) foi realizada uma intervenção na Unidade Básica de Saúde Vila Rica que fica localizada no município de São Vicente do Sul, estado do Rio Grande do Sul. A UBS apresenta uma população adstrita de aproximadamente 3.100 habitantes onde a maior parte deles tem baixo nível econômico sendo dependentes da ajuda de custo do Programa Bolsa Família. Além disso, oferece atenção a sete comunidades distantes com uma extensão aproximada de 20 km sendo a maior delas a comunidade de Loreto que tem uma população de 231 habitantes.

Estima-se que 2.020 indivíduos possuam 20 anos ou mais de idade. Desses, estima-se que 671 são portadores de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e 192 de Diabetes Mellitus (DM). Dessa forma, antes da intervenção, o percentual de cobertura de acordo aos registros impressos na unidade pelas ACS de portadores de HAS que faziam acompanhamento na UBS era de 52% e de portadores de DM era de 94%. Destaca-se que a maior parte dos pacientes hipertensos e diabéticos registrados na UBS estavam sem controle e sem acompanhamento sendo possível que estes registros de dados não sejam fidedignos na unidade.

Objetivo 1: Ampliar a cobertura de pacientes hipertensos e diabéticos na UBS.

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

Ao final dos três meses de intervenção conseguimos alcançar a meta estipulada para a cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade. No primeiro mês foram cadastrados 91 hipertensos (26,0%), no segundo mês cadastramos 183 usuários hipertensos (52,3%) e no terceiro mês alcançamos 273 usuários (79,1%) hipertensos cadastrados como mostra a Figura 1.

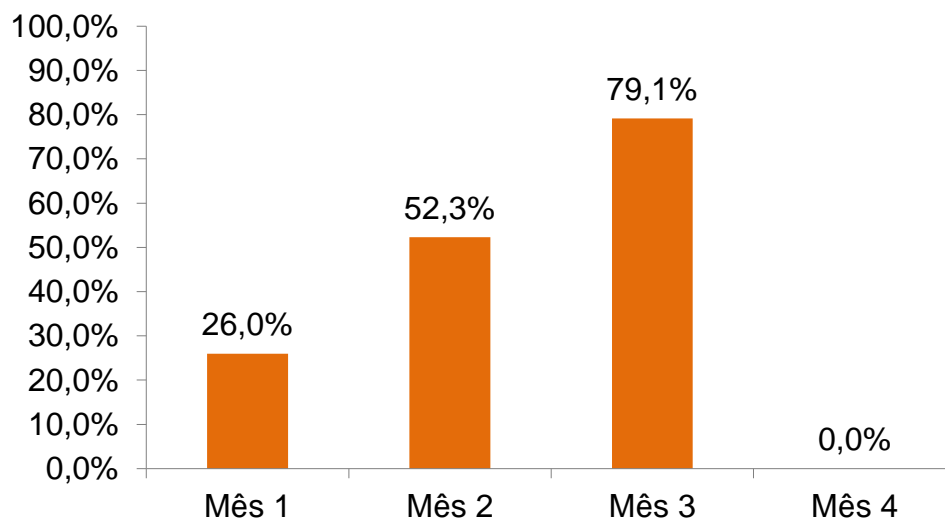


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Vila Rica, município de São Vicente do Sul, RS.

Para realizar atingir a meta estipulada e garantir o cadastramento dos usuários foi fundamental a ajuda da equipe de trabalho e em especial dos agentes comunitários de saúde que informavam a todo o tempo a população sobre a intervenção e buscavam os usuários hipertensos e diabéticos para explicar sobre a intervenção e solicitar que os mesmos agendassem consulta médica na unidade. Além disso, aumentamos o número de visitas domiciliares procurando os pacientes com dificuldades para assistir a consultas na unidade e também os agendamentos para pacientes hipertensos e diabéticos. A intervenção foi divulgada o tempo todo pela equipe de trabalho na unidade, nas atividades do grupo de Hiperdia, mediante a rádio do município e pelos agentes de saúde em suas comunidades.

Meta 1.2: Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

No primeiro mês foram cadastrados 30 pessoas diabéticas (16,7%), no segundo mês alcançamos 61 usuários diabéticos cadastrados (33,7%) e no terceiro mês alcançamos 109 usuários cadastrados chegando a 60,6% de cobertura ao final dos três meses de intervenção conforme pode ser observado na Figura 2.

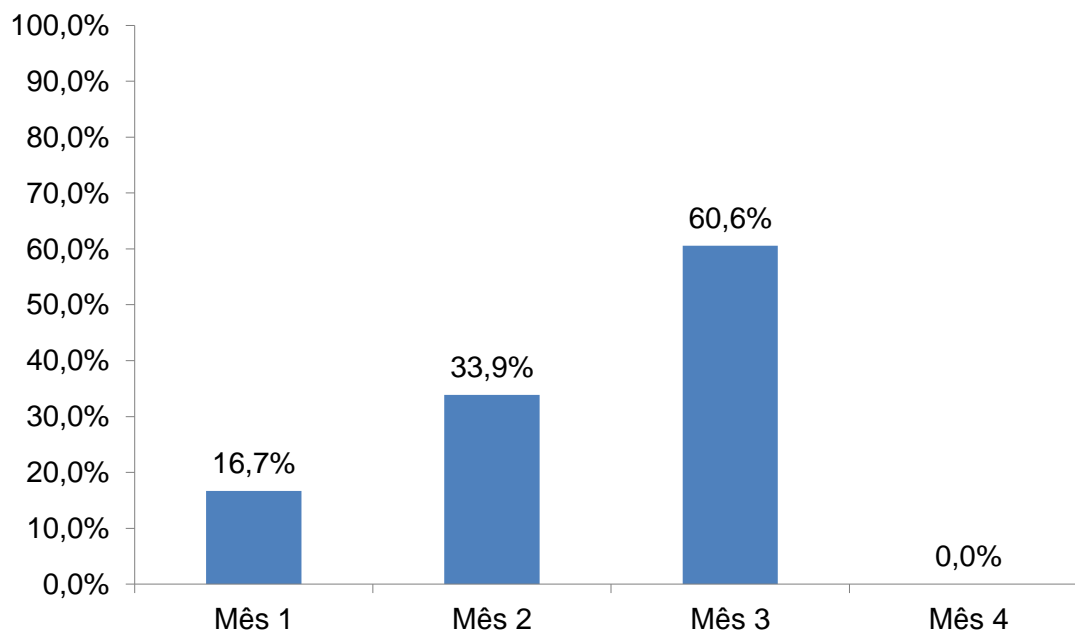


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Vila Rica, município de São Vicente do Sul, RS.

A meta de 100% foi estipulada com base na meta de cobertura antes da intervenção do programa de atenção ao diabético na unidade que era de 94%. No entanto, uma vez que os dados não poderiam ser considerados fidedignos, acreditamos que a meta estipulada foi um pouco ambiciosa. Mas, cabe destacar também que a meta de 100% foi estimada para ser alcançada em quatro meses de intervenção e que a intervenção foi reduzida para três meses. Dessa forma, acreditamos que uma vez que a intervenção já se encontra incorporada na rotina de trabalho, em breve atingiremos a totalidade de usuários diabéticos da área acompanhados na unidade de saúde.

Da mesma forma que os resultados de cobertura de hipertensão obtidos, para a cobertura de DM também foi fundamental a ajuda da equipe de trabalho e em especial dos agentes comunitários de saúde que informavam a todo o tempo a população sobre a intervenção e buscavam os usuários diabéticos para explicar sobre a intervenção e solicitar que os mesmos agendassem consulta médica na unidade. A intervenção foi divulgada o tempo todo pela equipe de trabalho na unidade, nas atividades do grupo de Hiperdia, mediante a rádio do município e pelos agentes de saúde em suas comunidades.

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

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

No primeiro mês de intervenção 90 dos 91 pacientes hipertensos (98,9%) fizeram o exame clínico de acordo com o protocolo, no segundo mês 182 de 183 pacientes hipertensos (99,5%) realizaram o exame, e no terceiro mês 276 de 277 pacientes hipertensos (99,6%) realizaram o exame clínico apropriado de acordo com o protocolo de HAS e DM do Ministério da Saúde.

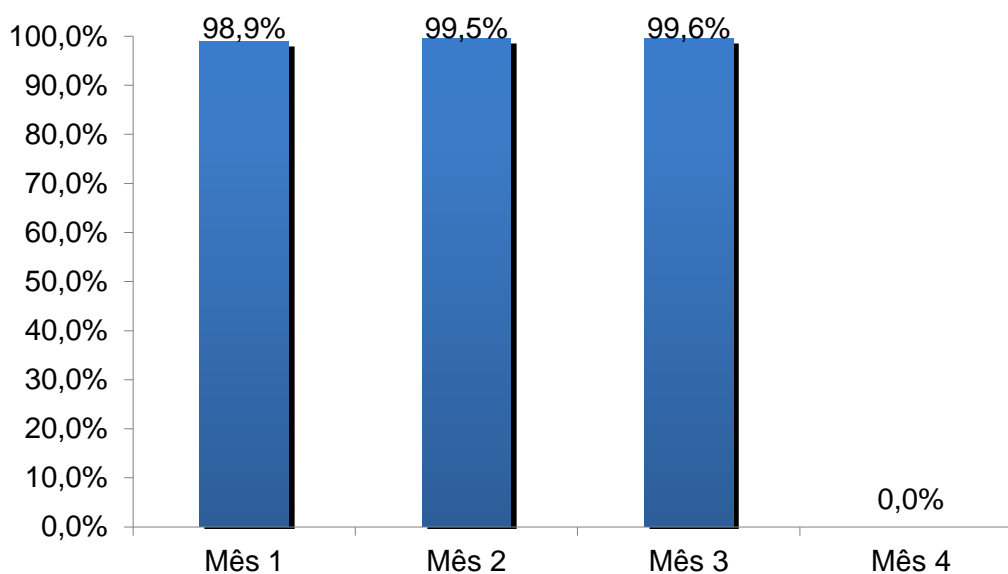


Figura 3. Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Vila Rica, município de São Vicente do Sul, RS.

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

No primeiro mês de intervenção de 30 usuários diabéticos foi realizado exame clínico em 28 (93,3%), no segundo mês alcançamos 59 usuários com exame clínico apropriado de um total de 61 diabéticos (96,7%) e no terceiro mês de 109 usuários diabéticos, 107 receberam o exame clínico (98,2%).

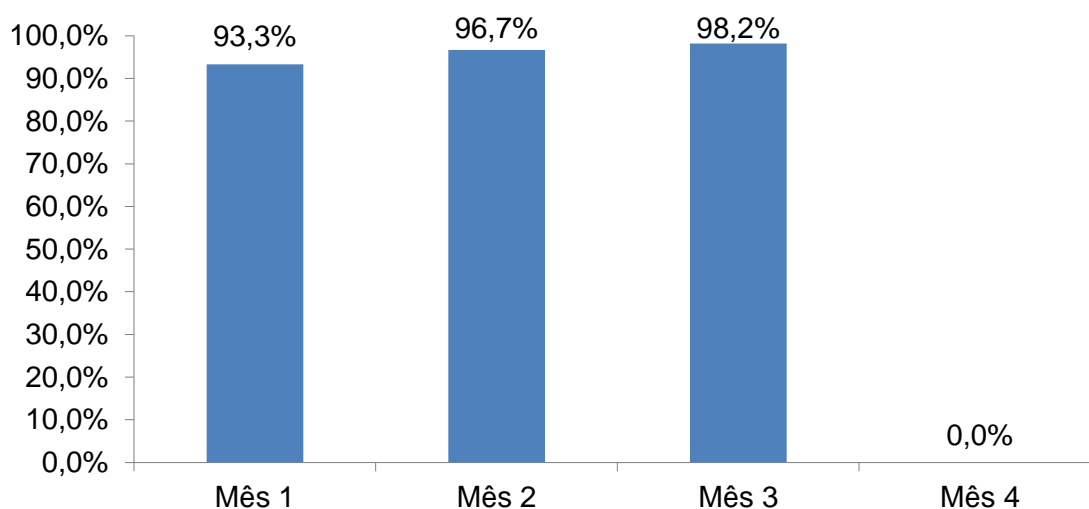


Figura 4. Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo na UBS Vila Rica, município de São Vicente do Sul, RS.

Conseguimos chegar a estes resultados devido à reorganização da agenda onde expandimos as vagas nas consultas clínicas, aumentamos as visitas domiciliares e o convite dos agentes comunitários de saúde aos usuários para participarem das atividades educativas onde se explicava a importância dos exames. Insistimos na importância de serem feitos os exames conforme a frequência descrita pelo programa.

A meta de 100% de usuários hipertensos com exame clínico apropriado só não foi alcançada devido a um único paciente hipertenso e diabético o qual não foi possível realizar o exame clínico uma vez que este apresentava transtornos psiquiátricos. Em relação aos pacientes diabéticos, dos dois pacientes sem exame clínico apropriado 1 deles era o mesmo paciente hipertenso com transtornos psiquiátricos e o outro paciente não recebeu exame clínico porque no momento de realizar a visita domiciliar para a realização da consulta por ser um paciente acamado percebeu-se uma complicação neurológica e foi preciso encaminhá-lo com urgência. Todos os outros pacientes hipertensos cadastrados no programa receberam aferições de pressão arterial, tomada de frequência cardíaca e respiratória, peso, estatura, cálculo do índice de massa corporal (IMC), exame físico geral, regional e por aparelho, estratificação de risco cardiovascular e avaliação de exames complementares. A enfermeira, a técnica de enfermagem e a auxiliar de enfermagem na unidade ajudaram nesses procedimentos.

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

A figura 5 mostra os percentuais de hipertensos com exames complementares em dia. No primeiro mês de intervenção alcançamos 91 usuários com exames complementares em dia (98,7%), no segundo mês foram 182 usuários (99,5%) e no terceiro mês 276 usuários estavam com exames complementares em dia (99,6%).

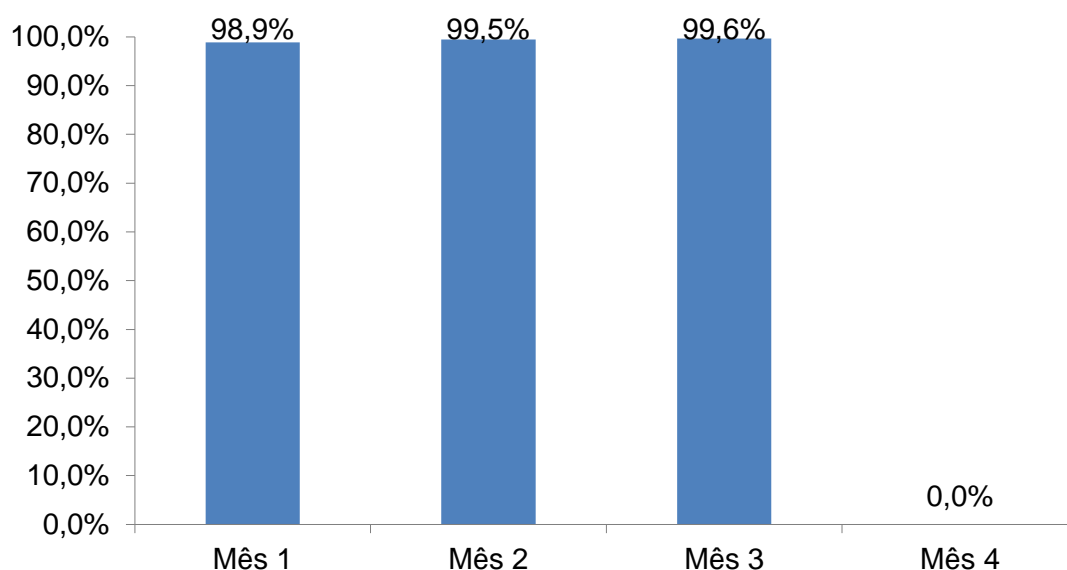


Figura 5. Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Vila Rica, município de São Vicente do Sul, RS.

Meta 2.4: Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo. A figura 6 mostra uma evolução da proporção de diabéticos com exames complementares em dia. No primeiro mês de intervenção 28 usuários diabéticos realizaram exames complementares (93,3%), no segundo mês aumentamos o número de usuários com exames em dia para 59 diabéticos (96,7%) e no terceiro mês alcançamos 107 usuários diabéticos com exames complementares em dia (98,2%).

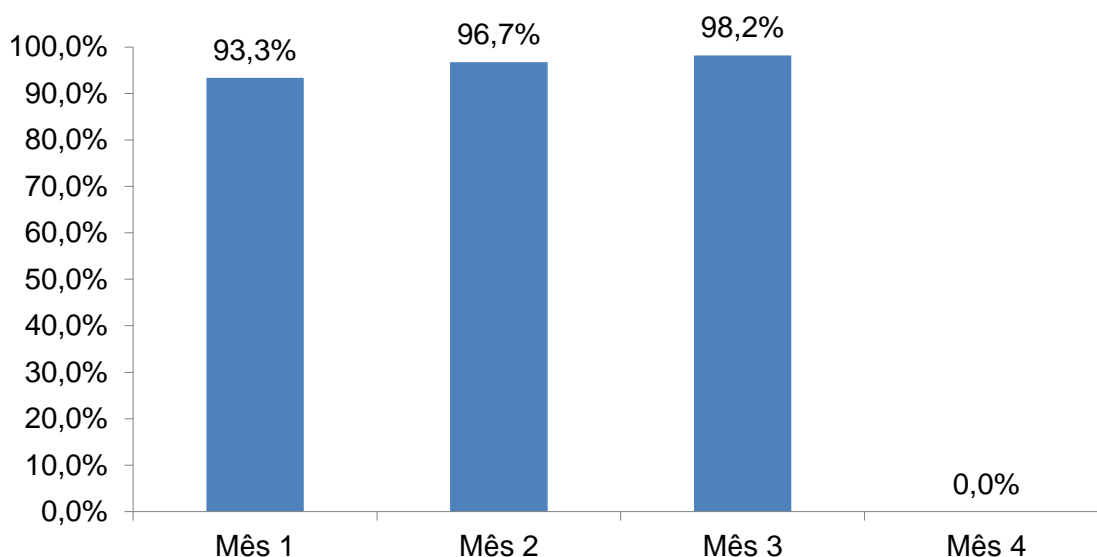


Figura 6. Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo na UBS Vila Rica, município de São Vicente do Sul, RS.

Para alcançar os resultados apresentados nas figuras 5 e 6 as ACS nas comunidades faziam a entrega das indicações dos exames complementares aos pacientes hipertensos e diabéticos e estes eram agendados e realizados em dois laboratórios do município com prévio comunicado e autorização da Secretaria de Saúde. Dessa forma, quando os pacientes chegavam às consultas já chegavam com os exames em dia e em mãos onde era lembrado a eles pelas ACS a levarem os exames até a unidade. Assim, o apoio da Secretaria de Saúde do município e dos ACS foi fundamental para garantir a quase totalidade dos pacientes hipertensos e diabéticos com a realização de exames complementares em dia.

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.

Conseguimos alcançar a proporção de 100% dos hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia. A tendência foi constante mantendo-se sempre em 100% nos três meses de intervenção. No primeiro, segundo e terceiro mês 84, 173 e 268 usuários hipertensos,

respectivamente, foram cadastrados e tiveram a prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia,

Os resultados da proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia também apresentaram tendência constante mantendo-se sempre em 100% nos três meses de intervenção. No primeiro, segundo e terceiro mês 28, 58 e 107 usuários diabéticos, respectivamente, foram cadastrados e tiveram a prescrição de medicamentos da farmácia popular/Hiperdia.

Na unidade Vila Rica sempre garantimos prescrever os medicamentos incluídos na farmácia popular/Hiperdia. A secretaria de saúde do município realizou uma reunião com a equipe de saúde da unidade solicitando para que fosse priorizada a prescrição dos medicamentos da farmácia popular para as doenças agudas e crônicas antes mesmo do início da intervenção. Foi necessária troca de medicamentos em alguns casos para que todos os pacientes tivessem a prescrição dos medicamentos disponíveis na farmácia popular/Hiperdia. Nossa população apresenta baixos recursos econômicos e estes medicamentos são ofertados de forma gratuita pelo Sistema Único de Saúde. Muitos pacientes tinham prescrição de tratamento com hidroclorotiazida que não estava disponível na farmácia popular, então a responsável pela farmácia solicitou para a gestão local e para a secretaria de saúde para que o medicamento fosse incluído na farmácia uma vez que é um medicamento básico bastante comum entre os pacientes.

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.

Com relação à avaliação da necessidade de atendimento odontológico nos pacientes hipertensos e diabéticos alcançamos a meta de 100% tanto para hipertensos como para diabéticos já que um odontólogo foi incorporado na unidade antes mesmo de começar a intervenção na unidade.

Observamos resultados constantes mantendo-se sempre em 100% nos três meses de intervenção tanto para os usuários hipertensos como para os

diabéticos. Para os pacientes hipertensos, no primeiro, segundo e terceiro mês 90, 182 e 276 usuários, respectivamente, foram cadastrados e tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico (100%). Para os usuários diabéticos, os resultados mostram que no primeiro, segundo e terceiro mês 30, 61 e 109 usuários, respectivamente, foram cadastrados e tiveram avaliação da necessidade de atendimento odontológico (100%).

Os pacientes hipertensos e diabéticos atendidos na consulta médica eram avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico onde eram encaminhados ao dentista. Além disso, quando se faziam atendimentos na comunidade do interior ou nas visitas domiciliares o odontólogo participava das mesmas fazendo avaliação a todos os pacientes após da consulta médica.

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.

Alcançamos a meta de 100% já que nos três meses de intervenção todos os usuários hipertensos e diabéticos faltosos as consultas receberam busca ativa. Os resultados dos pacientes hipertensos mostram que, no primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção, 23, 26 e 26 pacientes faltaram às consultas e receberam a busca ativa (100% nos três meses de intervenção). Os resultados referentes à proporção dos diabéticos faltosos às consultas com busca ativa também são constantes, mantendo-se em 100% em todos os meses. No primeiro, segundo e terceiro mês, houve 8, 9 e 9 usuários faltaram às consultas, respectivamente, e foram realizadas 100% das buscas ativas nos três meses de intervenção.

Fazíamos revisão constante dos registros na UBS para verificar aqueles usuários faltosos na área de abrangência da unidade de saúde. As buscas ativas dos pacientes faltosos eram feitas pelas agentes de saúde que conheciam sua comunidade. Cada uma delas nas visitas domiciliares avaliavam os pacientes hipertensos e diabéticos e aqueles com boas condições físicas eram agendados na unidade de saúde de Vila Rica ou na

unidade de Loreto com prévia coordenação da enfermeira responsável da unidade, aqueles que apresentavam problemas de locomoção ficavam para a realização de consultas médicas domiciliares que eram feitas nas visitas da equipe a sua comunidade.

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.

A proporção de hipertensos e de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento teve tendência constante mantendo-se em 100% nos três meses de intervenção. Todos os hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados na unidade foram registrados na ficha de acompanhamento.

Os resultados referentes à proporção dos hipertensos mostram que no primeiro, segundo e terceiro mês, houve 91, 183 e 277 cadastrados, respectivamente, e registrados na ficha de acompanhamento totalizando 100% de registros. Com relação aos usuários diabéticos, no primeiro, segundo e terceiro mês, 30, 61 e 109 usuários, respectivamente, foram cadastrados e registrados na ficha de acompanhamento (100%).

Antes da intervenção a unidade já contava com um registro de pacientes hipertensos e diabéticos mais muito incompleto, antes, estes registros tinham somente o quantitativo de usuários por comunidade, mas com a incorporação no mês de março do médico na unidade começamos a avaliar primeiro os pacientes hipertensos e diabéticos da comunidade de Vila Rica e após as outras comunidades e foram registrados com nomes, sobrenomes, idade, endereço, doença e tratamento por comunidades de moradia, primeiro de forma impressa e depois com a informatização da unidade de forma eletrônica. Já com a intervenção o registro foi melhorado e se agregaram os exames complementares, a estratificação de risco cardiovascular e as atividades realizadas, além disso, cada agente de saúde tem um registro impresso com os dados de seus pacientes e tudo relacionado a seu seguimento.

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.

Os resultados referentes à proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular realizada são constantes, mantendo-se em 100% em todos os meses. Para os hipertensos, no primeiro, segundo e terceiro mês, houve respectivamente, 91, 183 e 277 usuários cadastrados e acompanhados na unidade, sendo realizada estratificação do risco cardiovascular a 100% dos hipertensos nos três meses de intervenção. Os resultados referentes aos usuários diabéticos também se mantiveram constantes em 100% nos três meses. No primeiro, segundo e terceiros mês, foram cadastrados 30, 61 e 109 usuários diabéticos, respectivamente, e 100% deles receberam estratificação do risco cardiovascular nos três meses de intervenção.

Em todos os pacientes hipertensos e também diabéticos foi realizada estratificação do risco cardiovascular de acordo a escala de Framingham. A avaliação foi feita pelo médico com ajuda dos exames clínicos e laboratoriais os quais os pacientes já chegavam às consultas com os exames realizados, assim, era identificado pelo médico aquelas pessoas com maior risco e oferecia-se um atendimento diferenciado orientando os pacientes sobre a necessidade de modificação de hábitos de vida a fim de adotar hábitos de vida mais saudáveis.

Objetivo 6: Promover a saúde dos 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.

Buscamos garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos tanto nas consultas médicas, como nas visitas domiciliares, grupos e ações de promoção e prevenção da saúde.

No primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção, 91, 183 e 277 usuários hipertensos, respectivamente, acompanhados na unidade receberam orientação nutricional sobre alimentação saudável (100% nos três meses de intervenção). Os resultados referentes aos usuários diabéticos mostram que, no primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção, 30, 61 e 109, respectivamente, foram cadastrados, acompanhados e receberam orientação sobre alimentação saudável (100% nos três meses).

As atividades sobre alimentação saudável foram orientadas nas consultas médicas, visitas em domicílio e nos grupos de educação em saúde destinados a esta população. Os grupos foram realizados nas unidades de Vila Rica e Loreto e em cada comunidade pelas agentes de saúde. Contamos com ajuda da secretaria de saúde, da prefeitura e dos líderes comunitários. As atividades ofereciam propostas de alimentação saudável, prática de atividades físicas e higiene bucal.

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.

Garantimos que 100% dos usuários hipertensos e diabéticos recebessem orientação em relação à prática regular de atividade física nos três meses de intervenção. Houve uma tendência constante ao longo dos três meses de intervenção mantendo-se sempre em 100% tanto para os pacientes hipertensos como para os diabéticos. No primeiro, segundo e terceiro mês, 91, 183 e 277 usuários hipertensos, respectivamente, foram cadastrados, acompanhados e receberam orientação em relação à prática regular de atividade física, totalizando 100% ao longo dos três meses de intervenção. Com relação aos usuários diabéticos, 30, 61 e 109 usuários, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção foram acompanhados e

orientados quanto à prática regular de atividade física, totalizando também 100% nos três meses de intervenção.

As orientações sobre a prática de atividade física foram passadas em cada consulta médica, de enfermagem, cada atividade do grupo de Hipertensão ou em cada visita domiciliar pelo médico, pela enfermeira, pelo orientador físico e pelas agentes de saúde. Nessas atividades eram abordados os benefícios do exercício físico, benefícios de caminhadas diárias para o controle destas doenças e a prevenção das complicações ficando a maior atenção na população nos exercícios mais apropriados de acordo à idade e doença.

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.

Todos os usuários hipertensos e diabéticos receberam orientação sobre os riscos do tabagismo nos três meses de intervenção (100%). No primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção, 91, 183 e 277 hipertensos foram cadastrados, acompanhados e receberam orientação sobre os riscos do tabagismo, respectivamente (100%). Para os diabéticos, 30, 61 e 109 usuários foram cadastrados e orientados quanto aos riscos do tabagismo, respectivamente, no primeiro, segundo e terceiro mês de intervenção, totalizando 100% nos três meses.

Foram realizadas atividades educativas em equipe para mostrar os riscos para a saúde de consumir tabaco. Essas atividades foram realizadas nas unidades de Vila Rica e Loreto e nas comunidades pelas agentes de saúde. Todos os pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados na unidade receberam orientação sobre os riscos do tabagismo também nas consultas médicas e nas visitas em domicílio.

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.

Com relação à orientação sobre higiene bucal, todos os hipertensos e diabéticos receberam orientação sobre higiene bucal sendo a tendência constante em 100% nos três meses de intervenção. Esta meta foi alcançada já que todos pacientes além de receberem avaliação odontológica em cada consulta ou visita em domicílio pelo dentista da unidade, também recebiam orientação sobre higiene bucal de toda a equipe de saúde e nos grupos de educação em saúde.

4.2 Discussão

A intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde Vila Rica do Município São Vicente do Sul/RS permitiu melhorar os atendimentos dos usuários hipertensos e diabéticos da área de abrangência da unidade e cadastrar muitos usuários que não conheciam que eram portadores destas doenças realizando um acompanhamento periódico e contínuo de todos eles, melhorando sua qualidade de vida e evitando as complicações principais e mais frequentes destas doenças crônicas.

Após 12 semanas de intervenção podemos verificar resultados muito significativos na qualificação da ação programática. Conseguimos cadastrar 273 usuários hipertensos residentes na área de abrangência da unidade, representando 79,1% de cobertura e 109 usuários diabéticos, o que representa 60,6% de cobertura. Conseguimos garantir que 100% dos usuários hipertensos e diabéticos tivessem priorização na prescrição de medicamentos da Farmácia popular/hiperdia, 100% deles tivessem fossem avaliados quanto à necessidade de atendimento odontológico, fizemos busca ativa em 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos as consultas, melhoramos o registro das informações garantindo que 100% dos usuários com hipertensão e diabetes tivessem registro na ficha de acompanhamento, garantimos a realização de estratificação de risco cardiovascular em todos os usuários cadastrados e acompanhados e realizamos promoção da saúde por meio de orientações sobre alimentação saudável, prática de atividade física e os riscos do tabagismo a 100% dos usuários hipertensos e diabéticos.

A intervenção exigiu que a equipe se capacitasse para seguir as recomendações do Ministério da Saúde relativas ao rastreamento, diagnóstico,

tratamento e monitoramento da hipertensão e diabetes. A capacitação da equipe além de melhorar o desempenho individual de cada um também permitiu uma integração e união entre a equipe de trabalho. Os profissionais passaram a discutir os melhores métodos para ampliar os atendimentos e melhorar a qualidade da atenção e tratamento dos usuários de forma conjunta. A capacitação dos ACS permitiu que eles conhecessem mais a fundo a sua comunidade e pudessem identificar mais facilmente os pacientes de maior risco para complicações. A ficha espelho possibilitou um melhor controle e monitoramento dos pacientes hipertensos e diabéticos da unidade facilitando o trabalho da equipe e melhorando a qualidade de atendimento dos mesmos, sobretudo quanto à estratificação de risco cardiovascular, atendimento clínico, exames complementares periódicos, tratamento farmacológico e seguimento adequado de cada paciente. A planilha de coleta de dados permitiu conhecer a quantidade de pacientes hipertensos e diabéticos que temos em nossa unidade, sua distribuição por grupos etários, se tem ou não necessidade de tratamento farmacológico e as atividades desenvolvidas com eles, além de garantir o registro e acompanhamento dos pacientes.

Para a execução das ações se definiu a função de cada membro da equipe começando pelo acolhimento que era feito na recepção pela técnica ou técnico de enfermagem determinando sua condição de hipertenso e diabético e preenchendo os dados no computador, após o paciente era encaminhado para realizar triagem pela enfermeira onde se fazia a tomada de pressão, peso do paciente, frequência cardíaca e respiratória, temperatura e glicemia capilar. Logo se encaminhava para consulta médica onde se realizava o exame médico geral, indicação de exames, caso necessário, estratificação de risco cardiovascular, busca de lesões a órgãos alvos. Além disso, eram dadas orientações gerais sobre dieta saudável, realização de atividades físicas, importância de um seguimento adequado, entre outras. Depois da consulta médica o paciente era encaminhado para o dentista para realizar avaliação odontológica e terminava o atendimento com a enfermeira que deixava a próxima consulta agendada. Dessa forma, a intervenção gerou benefícios para o serviço que ficou mais organizado e para os profissionais que com seus papéis estabelecidos dentro da intervenção buscavam dar uma atenção mais

qualificada na sua função sem deixar de ajudar uns aos outros de forma multiprofissional.

Cabe destacar que a intervenção acabou tendo impacto também em outras ações programáticas como, por exemplo, nas gestantes, já que três delas são hipertensas e duas diabéticas. Dessa forma, as gestantes eram orientadas quanto aos cuidados na gestação e sobre a hipertensão e diabetes. O desenvolvimento da intervenção propiciou importantes melhorias para o serviço diário na unidade já que antes as atividades de atenção eram concentradas na enfermeira ou no médico do grupo de Hipertensão e agora toda a equipe participa de forma harmônica. A intervenção reviu as atribuições da equipe viabilizando a atenção a um maior número de pessoas e alcançando todas as comunidades da área da abrangência da unidade incluindo as mais distantes, o que provocou muito entusiasmo na população.

No que se referente à comunidade, o impacto da intervenção ainda é pouco percebido, mas os hipertensos e diabéticos da intervenção demonstram muita satisfação com a qualidade e sistematização do atendimento destinado a eles. Apesar da ampliação da cobertura do programa ainda temos muitos pacientes hipertensos e diabéticos sem rastreamento e cadastramento e precisamos continuar o trabalho até alcançarmos 100% da população da área. Em relação com os pacientes cadastrados nas consultas médicas percebeu-se importantes mudanças relacionadas com seus estilos de vida, em especial quanto à alimentação, prática de atividades físicas, diminuição do tabagismo e do consumo de álcool, além de realizar um tratamento farmacológico adequado o que demonstram que a população captou as orientações passadas nas consultas, grupos, atividades de educação em saúde.

Se eu fosse realizar a intervenção novamente neste momento eu aumentaria as visitas e atendimentos das comunidades mais distantes de uma para duas vezes por semana por acreditar que nestas comunidades há muitos hipertensos e diabéticos não diagnosticados ou sem seguimento pelo difícil acesso.

A intervenção já está incorporada á rotina do serviço e vai continuar em andamento. Para realizar isto vamos manter a captação dos pacientes hipertensos e diabéticos até alcançar 100% dos pacientes portadores destas doenças na área de abrangência, vamos ampliar o trabalho de conscientização

da comunidade em relação à necessidade de priorização de atenção ao hipertenso e diabético, em especial, aqueles de alto risco, e vamos continuar com as consultas programadas e demanda espontânea para não afetar os atendimentos as demais ações programáticas.

5 Relatório da intervenção para gestores

Prezado Gestor de Saúde do município de São Vicente do Sul/RS,

Venho por meio deste relatório, mostrar os principais resultados da intervenção realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) Vila Rica do município de São Vicente do Sul proposta pelo curso de Especialização em Saúde de Família da Universidade Federal de Pelotas (UFPel), vinculada ao programa Mais Médicos (PMMB) que teve como objetivo geral melhorar a atenção prestada à saúde das pessoas com hipertensão arterial sistêmica (HAS) e/ou Diabetes Mellitus (DM) com 20 anos ou mais da área da abrangência da unidade. A escolha deste foco para intervenção se deu por identificarmos carência de ações destinadas a esta população como consequência do período de 2 anos em que a unidade ficou sem atendimento médico.

O desenvolvimento da intervenção ocorreu nos meses de abril até junho de 2015 e os resultados foram muito proveitosos sendo que o apoio da Secretaria de Saúde e da Prefeitura do município, assim como dos líderes das comunidades tiveram fundamental importância para atingirmos, ao final do projeto, ótimos resultados na melhoria da qualidade dos atendimentos aos usuários da unidade.

Capacitamos toda a equipe para realização das ações em saúde de acordo com os protocolos preconizados pelo Ministério da Saúde, reorganizamos a agenda para otimizar os atendimentos, fizemos busca ativa de pacientes faltosos nas comunidades, desenvolvemos grupos e palestras com ações de promoção e prevenção da saúde abordando temas importantes como a importância de manter hábitos alimentares saudáveis, importância da prática regular de atividade física, riscos do tabagismo e higiene bucal adequada.

Nos três meses de intervenção conseguimos cadastrar e acompanhar 273 usuários hipertensos (79,1%) e 109 usuários diabéticos (60,6%) residentes em nossa área de abrangência conforme pode ser observado nas figuras 1 e 2.

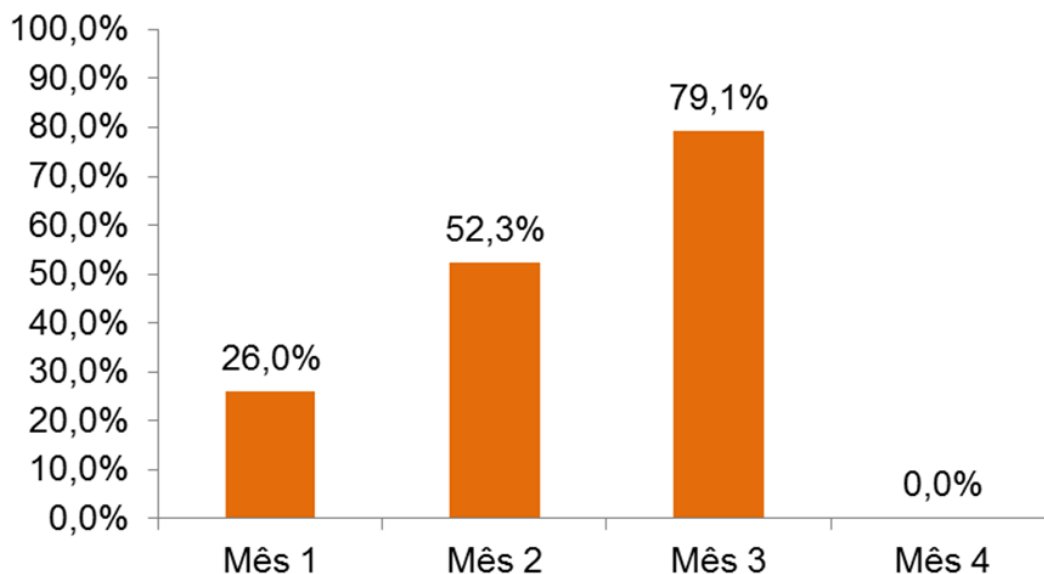


Figura 1. Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde Vila Rica, município de São Vicente do Sul, RS.

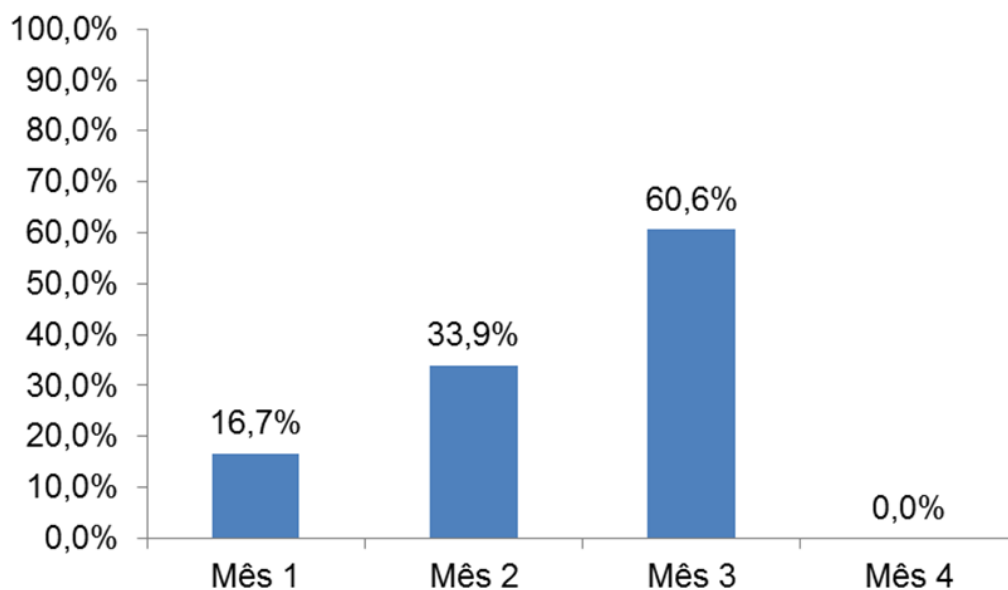


Figura 2. Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde Vila Rica, município de São Vicente do Sul, RS.

Conseguimos atualizar e qualificar os registros para acompanhamento da situação de saúde de cada usuário e atualmente, temos dados de monitoramento da situação de cada usuário com hipertensão e/ou diabetes acompanhado em nossa unidade de saúde. Finalizamos o terceiro mês de

intervenção com quase 100% dos usuários cadastrados com exames clínicos e complementares em dia de acordo com o protocolo. Garantimos que 100% dos usuários recebessem prescrição de medicamentos da farmácia popular e todos receberam exame físico completo e foram avaliados quanto à higiene bucal. Consideramos o desenvolvimento dessas ações um grande sucesso para a unidade de saúde e para a população.

Com a realização deste projeto garantimos um controle e seguimento adequado dos pacientes hipertensos e diabéticos da comunidade de Vila Rica e das seis comunidades de sua área de abrangência garantindo a melhoria da qualidade de vida da população. Cadastramos muitos pacientes novos e trabalhamos na prevenção das complicações mais frequentes, mas ainda temos que continuar trabalhando para alcançar 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos de nossa área de abrangência para o qual temos toda a disposição da equipe e dos líderes comunitários e esperamos continuar contando com o apoio da Secretaria de Saúde e Prefeitura do município. O apoio dos gestores locais é fundamental para alcançar estas metas e continuar melhorando a qualidade de vida da população.

Muito obrigado!

6 Relatório da Intervenção para a comunidade

Querida Comunidade,

Há três meses eu, médico do Programa Mais Médicos para o Brasil (PMMB) juntamente com a equipe de saúde da Unidade Básica de Saúde Vila Rica do município São Vicente do Sul/RS realizamos uma intervenção na área de abrangência desta unidade que compreende a comunidade de vila rica e as seis comunidades distantes com uma extensão aproximada de 20 km. Essa intervenção foi realizada com o intuito de qualificar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes. O trabalho foi desenvolvido durante a realização do curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas- UFPel sendo que para o seu desenvolvimento contamos com o apoio da Secretaria de Saúde, da Prefeitura Municipal e dos líderes comunitários.

O objetivo geral da intervenção foi melhorar a atenção à saúde das pessoas com hipertensão e/ou diabetes com 20 anos ou mais de idade da área de abrangência da UBS Vila Rica no município São Vicente do Sul. A escolha dessa população para a intervenção ocorreu depois de constatarmos grandes problemas de seguimento e controle existentes na unidade nestes usuários tendo em conta os dois anos em que a unidade de saúde ficou sem atendimento médico periódico para a população desta área de saúde.

Para realizar o trabalho foi preciso elaborar um cronograma de atividades e fazer capacitação a toda à equipe de saúde sobre os protocolos de hipertensão e diabetes do Ministério da Saúde. Conseguimos capacitar a equipe para melhorar os atendimentos á população, especialmente os nossos usuários hipertensos e diabéticos. Cada agente de saúde trabalhava com os usuários de suas comunidades agendando consultas, realizando visitas domiciliares e ações de promoção e prevenção de saúde já que estas doenças são as mais frequências e provocam graves complicações cardiovasculares e cerebrais na população por falta de controle e seguimento adequado. Temos muitos casos na comunidade de pessoas que estão acamadas devido às sequelas dessas doenças, por isso a importância das ações de prevenção e promoção da saúde.

Em três meses de intervenção cadastramos e acompanhamos 273 usuários hipertensos (79,1%) e 109 usuários diabéticos (60,6%) residentes em nossa área de abrangência. Conseguimos atualizar e melhorar os registros para acompanhamento da situação de saúde de cada usuário e reorganizamos nossa agenda para atender um maior número de pessoas que procuram nossa unidade de saúde. Finalizamos o terceiro mês de intervenção com 100% dos usuários hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, realizamos avaliação da necessidade de atendimento odontológico nos pacientes, melhoramos a adesão dos usuários ao programa de hipertensão e diabetes, melhoramos o registro das informações e realizamos exame físico em todas as pessoas da intervenção. Estes usuários também receberam orientações sobre alimentação saudável, sobre a importância da prática de atividade física, riscos do tabagismo e a importância da manutenção da higiene bucal.

Considerando os ótimos resultados que tivemos com o desenvolvimento das ações de melhoria da qualidade do atendimento aos usuários hipertensos e diabéticos é que nossa intervenção terá continuidade na unidade de saúde. Continuamos buscando, cadastrando e acompanhando os usuários com hipertensão e/ou diabetes da área de abrangência até alcançarmos 100% da população e, para que isto seja possível, esperamos poder contar com a colaboração de toda a comunidade para continuar melhorando cada vez mais o atendimento a nossa população. Posteriormente a esta intervenção, pretendemos estender as atividades para outras populações como, por exemplo, para as gestantes e puérperas com o objetivo de melhorar cada vez mais a qualidade de vida da população de nossa área e do município de São Vicente do Sul.

7 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

Este curso foi uma experiência nova, boa e muito interessante em minha profissão como médico. É a primeira vez que participo de um curso a distância para o estudo de uma especialidade fora de Cuba, ainda mais com novos protocolos e outra língua que tive que estudar o que ajudou muito em minha superação com a língua e comunicação.

Eu cheguei ao curso um pouco atrasado em relação a minha turma e por isso no início eu tive muitas dificuldades sobre tudo na realização das tarefas já que tive que realizar muitas delas em pouco tempo com um idioma diferente. No entanto eu recebi muito apoio de minha orientadora e a equipe de trabalho de minha unidade que foi solucionando todos os problemas até conseguirmos chegar à realização do projeto na unidade 3 do curso, o que foi um grande desafio.

Acredito que o curso foi muito importante, pois mediante o mesmo conseguimos que a equipe de saúde trabalhasse muito unida, de forma integral, que as agentes de saúde conhecessem muito melhor a população de suas comunidades, que os usuários hipertensos e diabéticos cadastrados tivessem um seguimento adequado com conhecimento de como realizar uma dieta adequada e um estilo de vida saudável e alcançamos todas as comunidades.

O que mais me impressionou foi a grande aceitação que tive da equipe de saúde com o projeto, além do apoio da Secretaria de Saúde, da Prefeitura, dos dirigentes comunitários e de toda a população. Tivemos bons resultados e conseguimos alcançar a captação de novos usuários e aumentar o conhecimento da população sobre estas doenças, seus fatores de risco e como evitar as principais complicações. Vamos continuar trabalhando para alcançar 100% dos usuários hipertensos e diabéticos da área com o propósito de continuar melhorando a qualidade de vida da população da área de abrangência da unidade e do município de São Vicente do Sul.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica; **Hipertensão Arterial Sistêmica**, Brasília 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de Atenção Básica; **Diabetes Mellitus**, Brasília 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento à demanda espontânea: queixas mais comuns na Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed.; 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CESARINO, C. B.; CIPULLO, J. P.; MARTIN, J. F. V.; CIORLIA, L. A.; GODOY, M. R. P.; CORDEIRO J. A.; RODRIGUES I. C. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, São Paulo, v. 91, n. 1, p. 31-35, jul., 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2009. 3. Ed. Itapevi: A. Araújo Silva Farmacêutica, 2009. 400 p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Revista Brasileira de Hipertensão, Rio de Janeiro, v. 17, n.1, 69 p., 2010.

SHAW, J. E.; SICREE, R. A. ; ZIMMET, P. Z. Global estimates of the prevalence of diabetes for 2010 and 2030. Diabetes Research and Clinical Practice, v. 87, n. 1, p. 4-14, 2010.

WILD, S.; ROGLIC, G.; GREEN, A.; SICREE, R.; KING H. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. Diabetes Care, v. 27, n. 5, p. 1047–1053, maio, 2004

WHO. World Health Organization. Noncommunicable diseases 2011.

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 Srª Profa Ana Cláudia Gastal Fassa	
<i>Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde</i>	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patrícia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	

Anexo D - 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:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____
 _____, Documento _____ declaro que fui devidamente esclarecido sobre o banco de dados (arquivo de fotos e/ou declarações) e autorizo o uso de imagem e/ou declarações minhas e/ou de pessoa sob minha responsabilidade, para fim de pesquisa e/ou divulgação que vise melhorar a qualidade de assistência de saúde à comunidade.
